

**ELEONOR TREVISAN**

**O CUIDADO À CRIANÇA DIABÉTICA, NA TEIA DA VIDA**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem do Programa de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina - Extensão Polo I - Universidade Federal do Paraná, para obtenção do título de Mestre.

**CURITIBA**  
**1998**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
REPENSUL - POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR**

**O CUIDADO À CRIANÇA DIABÉTICA, NA TEIA DA VIDA**

**Eleonor Trevisan**

Orientadora: Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Vanda M. Galvão Jouclas  
Co-orientadora: Prof<sup>ª</sup> MSc. Maria Helena Lenardt

**CURITIBA  
1998**

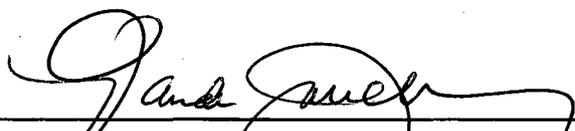
**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
PROGRAMA DE MESTRADO EM ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
REPENSUL - POLO I - UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ - UFPR**

**O CUIDADO À CRIANÇA DIABÉTICA, NA TEIA DA VIDA**

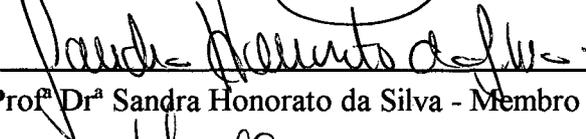
**Eleonor Trevisan**

Dissertação de Mestrado submetida à Banca Examinadora para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem, sendo aprovada em 04 de dezembro de 1998, atendendo às normas de legislação do Curso de Pós-Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina.

**BANCA EXAMINADORA** UFSC - Curso de Pós-Graduação  
em Enfermagem



Profª Drª Vanda M. Galvão Jouclas - Presidente / Orientadora



Profª Drª Sandra Honorato da Silva - Membro



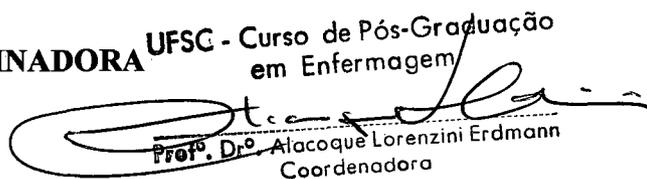
Profª Drª Ymiracy Nascimento de Souza Polak - Membro



Profª Drª Maria de Lourdes Centa - Membro



Profª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann - Membro



Profª Drª Alacoque Lorenzini Erdmann  
Coordenadora

## **Bedico**

A *Arthur Trevisan*, meu pai, que me encaminhou para a busca do sagrado, magia e encantamento.

A *Delma Trevisan*, minha mãe, pelo amor e companheirismo, incentivando sempre as minhas escolhas. É uma das pessoas mais valentes que conheço.

Aos meus irmãos: *Elma*, *Marta*, *Livia* e *Lauro*, que me ajudaram a compreender o milagre da vida.

À minha filha, *Kelly*, pelo aconchego, ternura e tantos beijos maiores do que o Universo.

## AGRADECIMENTOS

A **DEUS** que é energia e amor.

Enviando meu anjo para amparar-me e guiar-me durante a trajetória.

À **Profª Drª Vanda Maria Galvão Jouclas**, que, ao compartilhar com atenção amorosa cada pedacinho deste trabalho, ampliou sentimentos e emoções para além das meras afinidades humanas, tornando-se fonte inesgotável de vida em mutação.

À **Profª Drª Alacoque Lorenzine Erdmann**, mestra querida, pelo seu apoio, germinando uma sensação tangível e forte do amor incondicional.

À **Profª MSc. Maria Helena Lenardt** que, de uma forma singular, fez florescer uma amizade preciosa.

À **Profª Drª Ymiracy Nascimento de Souza Polak**, pela energia que nutre, ampara e conforta, sustentada no genuíno "*convivium*".

À **Profª Drª Maria de Lourdes Centa**, que se tornou parte do meu microsistema familiar cósmico, uma graça divina.

À **Profª Drª Sandra Honorato da Silva**, que com sua doçura conquistou meu coração.

Aos **Professores do Curso de Mestrado**, que tanto contribuíram para minha vida, minha felicidade e conhecimento, durante o caminho da transformação.

A **Rene A. Penno**, pai de minha filha, por sua amizade e apoio, possibilitando-me continuar minhas buscas.

À **equipe multidisciplinar da Unidade de Endocrinologia Pediátrica do Hospital de Clínicas - UFPR**, pelo carinho e pelos bons momentos juntos.

**Às Coordenações de Pós-Graduação da UFPR e UFSC, a Repensul e ao CNPq, o meu eterno muito obrigada.**

**Ao grupo de adultos familiares e às crianças diabéticas, que, através do vivenciar possibilidades e probabilidades, ajudaram-me a prosseguir.**

**À minha amiga, Cléu, pelo estar sempre, carinhosamente, presente em meu cotidiano.**

**À todas as pessoas do Universo, que no “*continuum*” tempo-espaço, criaram a aventura do aqui-agora.**

**Aos meus ancestrais, por cada florescer, na grandiosa “dança” da Vida.**

**À própria Vida, por ter-me aberto muitas “portas mágicas”.**

# SUMÁRIO

<b>RESUMO</b> .....	ix
<b>ABSTRACT</b> .....	x
<b>1. INTRODUÇÃO</b> .....	1
1.1. Dançando com a vida.....	1
1.2. A dança do ser unitário na história do diabetes: passado - presente - futuro... um <i>continuum</i> .....	6
1.2.1. Uma aproximação ao entendimento do diabetes .....	9
1.2.2. A dança do cuidado multidisciplinar à criança diabética na Unidade de Endocrinologia Pediátrica .....	11
1.2.3. A dança do cuidado domiciliar com o cuidado ambulatorial: interconexões necessárias para o desenvolvimento da criança diabética .....	15
<b>2. ENCONTRANDO EM MARTHA ROGERS E FRITJOF CAPRA O     EMBASAMENTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MARCO     CONCEITUAL</b> .....	21
<b>3. CONSTRUINDO O MARCO CONCEITUAL</b> .....	25
<b>4. EM BUSCA DE CAMINHOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO     CONCEITUAL</b> .....	40
4.1. Campo ambiental do estudo .....	41
4.2. Familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar participantes do estudo.....	42
4.3. Proposição do ritmo para a interação enfermeira-familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar .....	43

4.4. Processo de análise da dinâmica grupal .....	44
4.5. Registro de encontros .....	47
4.6. Análise dos dados .....	48
<b>5. DANÇANDO NO RITMO DO GRUPO .....</b>	<b>49</b>
5.1. O primeiro encontro .....	49
5.2. O encontro de novos laços .....	74
5.3. Dissolvendo barreiras .....	79
5.4. Estabelecendo um novo curso rítmico de relações .....	88
<b>6. UM MICROCOSMO DE POSSIBILIDADES .....</b>	<b>93</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>102</b>
<b>BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS .....</b>	<b>105</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>107</b>

## RESUMO

Trevisan, Eleonor. **O cuidado à criança diabética na teia da vida**. Curitiba, 1998. (Dissertação) Universidade Federal de Santa Catarina. Rede de Pós-Graduação em Enfermagem - REPENSUL Extensão Polo I - Universidade Federal do Paraná. **Orientadora:** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Vanda Maria Galvão Jouclas. **Co-orientadora:** Prof.<sup>a</sup> MSc. Maria Helena Lenardt.

Este trabalho constitui-se em uma pesquisa prática que apresenta de forma descritiva a experiência de formação de um grupo de cinco adultos familiares, responsáveis pelo cuidado domiciliar à criança portadora de *Diabetes mellitus*. Teve como objetivo promover cuidados de enfermagem que possibilitem ao familiar, diante da complexidade das interconexões dinâmicas do ambiente domiciliar, ampliar a probabilidade de uma melhor qualidade de vida à criança diabética, e foi realizado numa Unidade de Endocrinologia Pediátrica de um Hospital de Ensino da cidade de Curitiba. O estudo foi norteado pelos conceitos de Homem, Ambiente e Enfermagem, de Martha Rogers, e a Concepção Sistêmica da Vida, de Fritjof Capra. Os encontros de grupo ocorreram durante o período de maio a novembro de 1997, sendo os dados coletados em um diário de campo e analisados segundo os Princípios da Homeodinâmica de Rogers: integridade, ressonância e helicidade. O resultado desta vivência permitiu a abertura dos campos de energia das participantes, favorecendo as trocas no sentido de harmonizarem o curso rítmico de seus processos de vida, em busca de maiores possibilidades para as interconexões diferenciadas que a criança diabética necessita para aumentar sua probabilidade de desenvolvimento, para integrar a teia da vida.

## ABSTRACT

Trevisan, Eleonor. **Caring for a diabetic child in the life network**. Curitiba, 1998.  
(Dissertation) Universidade Federal de Santa Catarina (Federal University of Santa Catarina)  
Nursing Post-graduation network - REPENSUL Extension Pool I - Universidade Federal do  
Paraná (Federal University of Parana). **Advisor:** Professor Vanda Maria Galvão Jouclas, Ph.D.  
**Co-advisor:** Professor Maria Helena Lenardt, MSc.

This study is a practical research which presents, in a descriptive way, the experience of constituting a group of 5 (five) family adult members responsible for the home care of a child with *Diabetes mellitus*. It objectified to render nursing care, which enables the family member, facing the complexity of dynamic interconnections in the family environment, to broaden the possibilities of a better quality of life to the diabetic child. It was performed in a Pediatric Endocrinologist Unit in a School Hospital in the city of Curitiba. Such study was guided by Martha Rogers' concepts of Man, Environment and Nursing, as well as Fritjof Capra's Systemic Conception of Life. The group meetings took place from May to November/1997; data were collected in a field account diary and analyzed according to Rogers' Principles of Homeodynamics: integrality, resonancy and helicy. The result of this experience enabled the opening of the participants' energy fields, forwarding exchanges in order to harmonize the rhythmicities in their life processes, and seeking greater possibilities in the differing interconnections that a diabetic child needs to enhance his/her probability of development to integrate life network.

# 1. INTRODUÇÃO

## 1.1. Dançando com a vida

*“Mundos infinitos surgem e desaparecem na vasta expansão de minha própria consciência, como se fossem partículas de poeira dançando num raio de luz”.*

*Antigo Provérbio Védico*

Somos seres humanos frágeis, mas buscamos no nosso interior a força para agir com sabedoria e coragem. Sempre procurei esconder minha fragilidade manifestando a aparência de uma pessoa que tudo enfrenta, exteriorizando que no meu cotidiano particular só existe lugar para bravuras. Até que um dia fui acometida por uma infecção hospitalar que me levou a várias cirurgias e, mais tarde, a depressão física e emocional. Foi um período muito difícil; primeiro pelas implicações de “estar doente”, segundo porque jamais consegui falar com alguém sobre o que estava ocorrendo paralelamente, em meu interior. Assim, comecei a afastar-me das pessoas e vivi, por um longo tempo, tendo como companhia a música clássica, momentos em que viajava para a amplitude do Universo.

Com esta solidão imposta, comecei a perceber coisas que antes passavam-me despercebidas. Não tenho consciência do exato momento em que tudo começou. A fragilidade e leveza do meu ser me davam a sensação de não mais tocar o chão, assim permanecendo por um

tempo considerável. Sentia-me flutuando, a poucos centímetros do chão e, quando andava na rua, lembro-me que olhava sempre para baixo, para ver se existia a calçada. Observava também a presença de uma barreira imaginária e tênue que me distanciava das pessoas, cujas falas tinham um som robotizado, algo parecido com um disco tocando rápido.

Entrelaçada entre dois mundos, posso afirmar que não senti medo. Vivenciei a perda de alguns de meus valores, e isto assustava, mas ao mesmo tempo foi o impulso para o início de minhas buscas, que me levariam a fronteiras desconhecidas, mas, que hoje, percebo a importância de cada passo dado, lentamente no início, e mais tarde na amplitude do *continuum* tempo-espaço. Cada situação abria novos caminhos, que sentia poder trilhar com tranqüilidade e segurança, e isto gerava mais buscas. Estas, a cada instante, me levavam a uma forma diferente de ver o mundo, observando cada detalhe e correlacionando os eventos, as emoções, os sentimentos, como se o desfrutar se expandisse para muito além do meu eu.

Com freqüência retornava à infância, buscando a sensação de magia, que parecia estar esquecida e, nesse ir e vir, encontrei o “mundo de energia”, que vagarosamente foi tomando conta do meu ser.

Ao deixar de perceber e vivenciar somente o mundo que via apenas como material, percorri a imaginação, criatividade e esperança, libertando-me das prisões particulares, conduzindo minha mente, anteriormente linear, a novos horizontes. Assim, observando a magia de uma estrela, de uma árvore ou a generosidade do Universo, comecei a sentir a energia que cada pessoa possuía, e entender que sou muito além de um corpo feito de carne e osso. Sou uma com o Universo, íntima de todas as formas de vida existentes; sou uma célula no corpo vasto do Universo. Ao reconhecer a vida como um milagre, os “eu invisíveis” foram emergindo como um manancial eterno de energia, presente a cada instante.

A partir do momento em que assumi o compromisso de confiar em minha intuição e na capacidade de ampliar “meus sentidos”, através de meu campo energético, abriu-se uma “porta mágica”. Esta deu início a uma seqüência de transformações que teve, como consequência, um crescimento em todas as áreas de minha vida, permitindo-me vivenciar com mais amor e compreensão minha existência. Existência, esta, vivenciada até o momento na insegurança de uma “corda bamba”. Ao parar de tentar viver numa “corda bamba”, no entrejogo de meu interior e o

mundo com valores erigidos e difusos, impostos pela sociedade, a vida criou uma nova complexidade e dimensão jamais sonhada. Acordando cada nível existente em meu interior, apesar de às vezes assustada e surpresa, sinto a energia amorosa do Universo, entrelaçando-se com meu ser adulto e criança.

Todo o adulto possui uma criança dentro de si, que nem sempre é lembrada. É com esta criança dentro de meu coração que, como enfermeira, optei por trabalhar com crianças. Transporto-me para dentro do ser destas crianças e percebo a radiação contida em seu campo energético, que ora dói, como uma espetada em situações que necessito puncionar uma veia, ou ... a expansão desse mesmo campo de energia, quando recebo um abraço e um simples dizer:

- *“Estou com saudade”*.

Ao transportar-me para este mundo infantil e mágico, percebi que esta criança que vive no meu interior, como todo ser humano, possui sua própria canção para cantar, e sua dança para dançar, dentro de sua amplitude peculiar, e aí estou eu ... cantando e dançando ... vivendo meus momentos mágicos, sendo iluminada pela energia amorosa do Universo.

O cenário do meu canto e da minha dança é a Unidade de Endocrinologia Pediátrica de um Hospital de Ensino, com atendimento à criança portadora de patologias endocrinológicas, motivo pelo qual optei por desenvolver minha prática assistencial, no Curso de Mestrado, assistindo à criança diabética e seu familiar, envolvendo-os em uma relação de ajuda, amor e solidariedade.

O diagnóstico de diabetes em uma criança, muitas vezes, contribui para a desorganização da estrutura familiar, necessitando, além da assistência hospitalar, um adulto familiar que se responsabilize pelo cuidado domiciliar. Nesta perspectiva, a assistência de enfermagem, volta-se para orientação à criança e aos familiares visando a educação para o cuidado domiciliar. Este cuidado abrange situações que o adulto familiar necessita executar, orientar, estimular e controlar, no que diz respeito às peculiaridades desta doença, exigindo orientações para planejamento alimentar, de atividades físicas, técnicas determinantes de glicosúria, cetonúria e glicemia, respeitando as condições de cada criança e o contexto sócio-cultural em que estão inseridas.

Estas atividades são bastante complexas e difíceis para a pessoa que assumirá esse cuidado, pois geralmente está despreparada, desconhece a doença, tendo que repentinamente assumir tamanha responsabilidade. Na maioria das vezes, sente-se insegura e teme que, a qualquer momento, a criança possa morrer. Esta problemática permeia meu cotidiano, levando-me a questionar: *“Como posso direcionar o cuidado de enfermagem, a fim de proporcionar uma relação de ajuda ao adulto familiar responsável, para que enfrente esta situação com mais tranquilidade?”*.

Assim, na busca de caminhos que me levem a um cuidado de enfermagem que vá ao encontro de minha forma de ver, perceber e sentir o mundo, tenho como ponto de partida as premissas de que:

- *somos seres humanos diferentes, com valores e relacionamentos próprios, histórias de vida diversas, mas ao mesmo tempo somos ligados pela energia de várias maneiras: a energia do amor - que nutre e ampara; a energia da solidariedade - que conforta; a energia da amizade - que escuta e compreende; a energia do cuidar - que traz esperança e conforto; e outras energias, coexistindo e entrelaçando-se para uma só união, movendo-se ao encontro de soluções, a fim de criar um consenso de equilíbrio.*
- *a criança diabética necessita de cuidados diferenciados, traduzidos por outras formas de interconexões com seu mundo interior e exterior para conseguir manter sua homeodinâmica e aumentar suas probabilidades de desenvolvimento.*

Neste equilíbrio de minha vida, o meu aqui - agora tornou-se cósmico, caminhando para a essência da alma, que vejo como nosso jardim, habitado por amor, reflexão, conexão, substância pessoal e encanto. Esta alma está presente em todos os eventos de minha vida e, como enfermeira, acredito que os *cuidados* que realizo significam *atenção amorosa*, pela busca de que todos os elementos se encontrem equilibrados, sejam no imaginário ou no real, e que compartilhem simultaneamente o fascínio do mundo de energia, a qual nutre os detalhes da vida.

Portanto, o cuidado de enfermagem que vivencio no meu cotidiano profissional, pode ser entendido quando expresso a seguinte oração:

## *Senhor!*

*A vida é uma “porta mágica” para o desenvolvimento incondicional.*

*Sou enfermeira e zelo por esta profissão como zelo pela vida.*

*Através de sua luz e com as mãos postas, agradeço-lhe:*

*¶Pela oportunidade de transcender interiormente e atender a todos os pacientes com serenidade e criatividade.*

*¶Pela compreensão de sentir-me maravilhada quando uma cura acontece ou pela compaixão quando uma morte se faz necessária.*

*¶Pela ajuda de curar meu coração para que assim eu saiba curar o coração do outro.*

*¶Por trazer a luz para minha vida de modo que possa distribuí-la entre os homens.*

*¶Pela sabedoria de descobrir meus sentimentos e compartilhá-los com aqueles que me cercam.*

*Sou um ser abençoado e por isso peço-lhe que estenda essa benção a todos os enfermeiros.*

*Agora e por toda a eternidade ...*

**Eleonor Trevisan**

## 1.2. A dança do ser unitário na história do diabetes: passado - presente - futuro ...um *continuum*

Vejo o mundo com um olhar cheio de magia. Nesta magia, crio uma postura poética, que envolve cada momento que vivencio, ou observo, ao ser vivenciado por outra pessoa. Esta emoção cria corpo e flutua num contexto de sensibilidade, envolvendo-me em uma doce atenção amorosa. Portanto, resgatar uma história vivida em longínquos tempos faz parte da minha personalidade, nutrindo minha alma, com sentimento de gratidão por pessoas que, mesmo desconhecidas, tornam o passado, presente e o futuro um *continuum* ... Dentro deste imenso *continuum*, retornei ao passado, buscando em Arduíno (1980) a etimologia da palavra diabetes, na história da Medicina que compartilho a seguir.

Segundo o autor, as primeiras referências a esta doença datam de 1500 anos antes de Cristo, em um documento egípcio, o papiro Ebers, sendo caracterizada por emissão freqüente e abundante de urina. Mais tarde, o médico romano Celsus, no ano 30 a.C., descreveu o diabetes como uma “poliúria indolor”, mas perigosa. Outro médico, Areteus, por volta 90 a.C., em seus relatos sobre a doença, descreveu como principais sintomas a eliminação copiosa de urina, sede incontrolável e emagrecimento, atribuindo-a a influência perniciosa que afetariam tanto a bexiga como os rins. Foi este médico romano que criou o termo dia-betes, que significa “passar através”, pelo fato da poliúria, um dos sintomas mais típicos da doença, se assemelhar à drenagem de água através de um sifão.

Também não passou despercebido o diabetes a Galeno, filósofo e médico da Grécia antiga, sendo considerado por ele uma fraqueza dos rins. Coube aos hindus, no século VI, a descrição mais profunda de alguns dos sintomas e a observação do gosto adocicado da urina dos diabéticos, surgindo o nome *Madhumeda (urina doce)*.

Novas descrições do diabetes foram fornecidas pelo médico árabe Avicena, quando registrou a perda das funções sexuais como sendo um dos seus sintomas. Acreditava fosse o fígado comprometido no diabetes, e apontou o furúnculo e a tuberculose, como complicações freqüentes, mencionando ainda a gangrena diabética e o sabor adocicado da urina.

Continuando em sua pesquisa, Arduino (1980) relata que Paracelsus consegue obter um resíduo cristalino branco, ao evaporar a urina dos diabéticos, mas, erradamente, acreditou ser sal. A ligação do diabetes a uma doença do sangue ocorreu através das pesquisas de Willis, que descobriu que o sangue dos diabéticos é adocicado e que a urina contém um açúcar fermentável. Depois desta descoberta, Brünner, no ano de 1682, verificou que a retirada do pâncreas provoca poliúria e polidipsia, sem, contudo, correlacionar este achado com o diabetes.

Em outro momento de pesquisa surgiu, pela primeira vez, a relação entre diabetes e pâncreas, devendo-se esta descoberta a Cawley, no ano de 1778, quando ao observar a necropsia de um diabético, verificou a destruição desse órgão. O adjetivo *mellitus* foi acrescentado ao termo *diabetes* por Cullen, a fim de distinguir a doença do diabetes insípido. Em 1796, Rollo propôs a restrição dietética no tratamento, assinalando o hálito cetônico (maçã passada).

Na continuidade das pesquisas, foi Cheureul que, em 1985, descobriu na urina dos diabéticos o açúcar que mais tarde foi denominado de glicose, por Peligot. Mas foi em um dos casos de coma diabética que, alguns anos depois, Petters identificou a presença de acetona na urina e, muito mais tarde, em 1864, que Kussmaul identificou-a no sangue.

Claude Bernard, no ano de 1878, em seus estudos, descobriu a função glicogênica do fígado, considerando o glicogênio uma secreção interna. Atribuiu o diabetes a um excesso de produção de açúcar pelo fígado, demonstrando ainda a importância do sistema nervoso na regulação da glicemia.

A famosa frase: *“os remédios para o diabético devem ser procurados na quitanda e não na farmácia”*, atribuiu-se a Cantani, em 1893, favorável à restrição dietética e aos dias de jejum. Coube a Langerhans, em 1869, a descoberta das ilhotas celulares no tecido pancreático, confundindo-as com gânglios linfáticos.

Com a autoridade que todos lhe reconheciam, em 1886, Naunyn deu mais força aos propulsores da restrição dos carboidratos no tratamento do diabetes, criando a expressão *acidose* para designar a invasão do organismo pelos corpos cetônicos.

Defendendo a idéia de que o princípio secretado pelas ilhotas de Langerhans podia ser destruído pela secreção externa do pâncreas, após exaustivos experimentos realizados no laboratório de MacLead, em Toronto, Bantina, em colaboração com Best, descobriu e isolou a

isletina (insulina), que foi aplicada no homem pela primeira vez em 11 de janeiro de 1922, com finalidade terapêutica.

A descoberta da insulina é a maior conquista no tratamento da doença, conferindo esperanças aos milhões de portadores de diabetes, e abrindo caminhos nas pesquisas. Esta descoberta de Bantina valeu-lhe o Prêmio Nobel de Medicina.

Atualmente, estamos às portas de um novo milênio, mas a prevalência (número de casos existentes em determinada população) do diabetes é variável. Nos Estados Unidos, por exemplo, ele atinge 5% da população e o seu número aumenta em 6% ao ano, isto é, a cada 15 anos o número de diabéticos dobra. No Brasil, estima-se que existam 8 milhões de portadores de diabetes, dos quais se desconhece o diagnóstico. Percebe-se que se trata de um assunto de destaque, por ser considerado um dos problemas mais importantes de saúde (Costa, 1998).

As pesquisas nas áreas das ciências da saúde vêm mobilizando esforços na busca de novas possibilidades que levem a uma melhor qualidade de vida às pessoas diabéticas, como o transplante de pâncreas e a insulina nasal. A insulina em spray, para inalação nasal, pode ser o próximo substituto das injeções diárias. Ferroni (1998), relata que estas experiências estão sendo realizadas por pesquisadores das Universidades de Miami e de Vermont, nos Estados Unidos, e que até o momento ainda estão em desenvolvimento, necessitando de novos testes, que deverão durar algum tempo. Só após estes experimentos é que se iniciará o processo de aprovação do inalador, em escala comercial.

Mas é necessário ressaltar que estas novas possibilidades, que acenam para uma melhoria de vida das pessoas diabéticas, não descartam as alterações no seu estilo de vida, no sentido de prevenir as complicações agudas, o tratamento de doenças associadas e a monitorização dos componentes vitais.

*“Eu sustento que a única finalidade da Ciência está em diminuir a miséria da existência humana.”*

*Bertholt Brecht*

### 1.2.1. Uma aproximação ao entendimento do diabetes

Apesar do *Diabetes mellitus* ser considerada uma doença universal porque vem afetando populações de vários países, em todos os estágios de desenvolvimento, é nas últimas décadas que tem se observado um importante crescimento em decorrência de inúmeros fatores, entre os quais a maior taxa de urbanização, o aumento da esperança de vida, a industrialização, o sedentarismo, a obesidade e as dietas hipercalóricas e ricas em açúcares (Brasil, 1993).

Segundo Curtin; Lubkin (1990), as repercussões de uma doença crônica sobre o modo de vida de uma pessoa é bastante significativa, já que a adaptação a ela requer todo um conjunto de hábitos especiais que vão interferir no seu cotidiano. De acordo com Trentini *et al* (1990), a qualidade de vida pode ser influenciada pela percepção que a pessoa tem sobre seu estado de saúde. As pessoas com doenças crônicas (entre elas o diabetes) e suas famílias deverão adaptar-se a vários tipos de mudanças em seus cotidianos de vida.

No entender de Souza *et al* (1997), ser diabético significa vivenciar uma profunda transformação em seu mundo, aprender a viver com certas limitações e com situações que exigem domínio físico e psíquico de si mesmo. Poucas doenças crônicas requerem do paciente um grau tão elevado de atenção e auto-monitorização, quanto o diabetes. A pessoa deve manter um controle de nível glicêmico, uma dieta especial, injeções de insulina, o controle de *stress* e das atividades físicas e, apesar disso, há sempre a ameaça de descompensação.

Souza *et al* (1997) ressalta a importância do papel do enfermeiro junto à pessoa diabética, já que, como profissionais de saúde, precisamos conhecer estes pacientes em sua totalidade, se o objetivo é ajudá-los. Não devemos restringir nossa atuação apenas aos procedimentos técnicos ou à doença. A crença e o amor à vida, e certas potencialidades que a pessoa certamente possui, devem estar sendo sempre estimuladas, pois da sua atitude positiva é que dependerá, fundamentalmente, a qualidade de vida. É necessário, portanto, que, no contato com estes pacientes, sejamos capazes de ampliar nossa visão assistencial, integrando a ela a multidimensionalidade do conceito de qualidade de vida. Sendo uma doença crônica, o diabetes é

marcado por longa duração e recorrência freqüente de sua sintomatologia, mas, apesar de ter um caráter de permanência, nem sempre é fatal ou desencadeador de maiores males, quando devidamente controlado.

A literatura médica descreve o *Diabetes mellitus* (DM) como uma síndrome metabólica, caracterizada por deficiência absoluta ou relativa na produção e/ou ação de insulina (Monte, 1998).

A insulina é produzida pelo pâncreas e normalmente mantém o balanço entre os níveis altos e baixos de glicose sangüínea. No diabetes, ou não há insulina suficiente, ou a insulina que é produzida é ineficaz, resultando em altos níveis de glicose sangüínea. O diabetes também causa perturbações no metabolismo de proteínas e lipídios. Estas anomalias estão associadas a alterações micro e macrovasculares e neuropáticas (Black, 1996).

Existem dois tipos de Diabetes mellitus: insulino dependente (DMID - tipo I) e insulino independente (DMII - tipo II). Pacientes com diabetes tipo I são dependentes de insulina durante toda sua vida e a faixa etária mais comum é até a adolescência, com uma incidência de 7,4 casos para 100.000 habitantes/ano.

Os sinais clínicos dos sintomas que o acompanham são: poliúria, polidipsia, polifagia e emagrecimento. Estes podem começar abruptamente ou de forma insidiosa. Quando a evolução é mais lenta, o paciente passa por fases de hiperglicemia e/ou glicosúria transitória, de duração variável. O diagnóstico precoce, portanto, beneficia os pacientes por evitar evolução para a cetoacidose que apresenta morbi-mortalidade elevada, e por preservar maior produção de insulina, contribuindo para evitar complicações crônicas (Monte, 1998).

Os cuidados que prestamos às crianças na Unidade de Endocrinologia Pediátrica referem-se somente ao *Diabetes mellitus* (DMI - tipo I), cujos principais pontos de fisiopatologia são:

- predisposição genética presente, identificada por antígenos do sistema HLA( Human leukocyte antígen).
- fatores desencadeantes ambientais não conhecidos, que precipitam um processo auto-imune contra as células beta (secretoras de insulina das ilhotas pancreáticas);

- lenta e progressiva destruição das células beta, o que pode levar anos;
- quando os sintomas de diabetes se manifestam, esta destruição ainda não é total, mas já é suficientemente severa para requerer tratamento insulínico imediato (Brasil, 1996).

Segundo Monte (1998), a teoria atual sobre a etiopatologia do DMI é de que seja uma doença crônica de etiologia auto-imune, que causa a destruição progressiva da célula beta e a redução na produção de insulina. Indivíduos já nasceriam com predisposição genética para o desenvolvimento da doença. Em certo momento da vida desses indivíduos, haveria contato com algum fator ambiental, que agiria como “gatilho”, promovendo alterações nas células beta e desencadeando um processo auto-imune. Tanto a imunidade celular quanto a imunidade humoral se direcionam contra as células beta, levando à sua destruição progressiva. Haveria inicialmente uma diminuição da secreção de insulina, mas ainda com manutenção dos níveis glicêmicos, sem repercussão clínica. Posteriormente, haveria evolução progressiva para os sintomas e sinais típicos, quando geralmente é feito o diagnóstico. Finalmente, alguns meses após o diagnóstico clínico, haveria destruição maciça das células beta, com insulinoterapia absoluta e dependência de insulina exógena.

### **1.2.2. A dança do cuidado multidisciplinar à criança diabética na Unidade de Endocrinologia Pediátrica**

Visando ampliar e melhorar a qualidade do atendimento das crianças portadoras de patologias endocrinológicas, foi inaugurada em dezembro de 1996 a sede da Unidade de Endocrinologia Pediátrica - UEP, com 600m<sup>2</sup> de área útil, próxima ao prédio central do Hospital de Ensino em Curitiba - Pr.

O atendimento nesta Unidade está dirigido às crianças diabéticas, crianças com erro do metabolismo detectado pelo teste do pezinho, e portadores de nanismo. Esta Unidade vem prestando assistência a seis mil crianças anualmente, incluindo pacientes do Paraná, Santa Catarina e Mato Grosso do Sul. É considerada centro de excelência para formação de especialistas no país, e desenvolve pesquisas em parceria com instituições de vários países, como: Estados Unidos, Canadá, França, Alemanha e Suécia.

Possui um laboratório local, onde as atividades estão voltadas ao desenvolvimento de técnicas para produção de anticorpos, anti-hormônios e outros hormônios para aplicação de diagnósticos. Também está proposto, para futuro próximo, o funcionamento de uma nova dinâmica na rotina deste laboratório, visando sanar um dos principais problemas que afetam a assistência às crianças atendidas, que se caracteriza pela deficiência dos exames efetuados, tanto no aspecto qualitativo como no quantitativo.

As crianças com diagnóstico de diabetes são encaminhadas de duas maneiras para esta Unidade:

- através do Pronto Atendimento do Hospital;
- através de encaminhamento de outros serviços.

Estas crianças possuem prioridade de atendimento ao momento de sua chegada à Unidade, onde as consultas são agendadas de acordo com o dia determinado para cada especialidade, verificando-se sempre a necessidade particular de cada criança. Em caso de internação, esta é realizada na Unidade de Internação Pediátrica, do Hospital, tendo em vista que nosso atendimento é ambulatorial.

Para viabilização de uma assistência com qualidade, os atendimentos e as atividades da equipe multidisciplinar foram organizados de acordo com o cronograma que apresento no quadro a seguir:

	<b>Segunda</b>	<b>Terça</b>	<b>Quarta</b>	<b>Quinta</b>	<b>Sexta</b>
<b>MANHÃ</b>	Reunião da equipe multidisciplinar	Testes dinâmicos em endocrinologia*	Ambulatório de nanismo	Reunião da equipe multidisciplinar - estudo de caso	Testes dinâmicos em endocrinologia
<b>TARDE</b>	Ambulatório de diabetes	Ambulatório de endocrinologia geral	Ambulatório de diabetes	Ambulatório de endocrinologia geral	Ambulatório de hipotireoidismo

Os clientes contam com o acompanhamento de uma equipe multidisciplinar, composta por: uma Assistente Social, duas Enfermeiras, duas Auxiliares de Enfermagem, dez Médicos, uma Nutricionista e uma Psicóloga. Estes clientes estão na faixa etária de zero a 17 anos, abrangendo todas as classes sociais, levando esta equipe a empenhar-se em um conjunto de relações no trabalho, buscando a participação, a troca, a cooperação, o diálogo, o aprendizado recíproco, ao mesmo tempo que procura preservar um equilíbrio dinâmico com o objetivo de minimizar e situar a criança e o familiar, dentro de um acompanhamento na dimensão relacional com a doença.

Primeiramente, a criança e seu responsável são recebidos pela secretária, que através da carteirinha de identificação da Instituição, providencia o prontuário com o Serviço de Arquivos Médicos e Estatísticos - SAME.

O atendimento inicial é realizado pela Assistente Social, que faz o protocolo de identificação social, orienta sobre o funcionamento da instituição, facilitando a compreensão da

---

\* Testes dinâmicos em endocrinologia: Prova de estímulo para hormônio de crescimento, teste do glucagon, teste oral de tolerância à glicose, teste de restrição hídrica, prova de estímulo para hormônio tireo-estimulante e avaliação hipofisária total.

dinâmica necessária ao tratamento, trabalha a questão sócio-cultural relacionada à doença, e busca a participação da criança e de seus familiares no processo de tratamento.

A continuidade do atendimento é realizada pela equipe de enfermagem, sendo executada pela auxiliar de enfermagem a verificação dos dados vitais, dados antropométricos, coleta e encaminhamento de exames. A consulta de enfermagem, por mim realizada, é voltada para a Educação em Saúde, onde exponho à criança diabética e ao familiar o seu problema de saúde, dispondo de minha experiência de vida (história individual, coletiva e cósmica), que direcionam minha maneira de ser e de cuidar profissionalmente. Procuo, neste momento, configurar um significado transcendente, respeitando cada criança e o familiar responsável, envolvendo-o em uma força estruturadora, para a transformação de seu pensar sobre a doença.

Toda esta determinação é mesclada com a competência técnico-científica que, ao conviverem em parceria, desabrocham para a promoção, prevenção, manutenção, recuperação e reabilitação dos pacientes, e tem como objetivos:

- melhorar as habilidades do paciente e seu familiar responsável, para obtenção de um bom controle;
- promover modificações no estilo de vida;
- melhorar a qualidade de vida;
- minimizar a ocorrência de complicações agudas;
- reduzir o número de hospitalização.

Após a consulta de enfermagem, a criança é encaminhada para a consulta médica, e, ao término desta consulta, muitas vezes, há necessidade de nova consulta de enfermagem, objetivando o reforço das orientações e/ou encaminhamento para a Nutricionista e Psicóloga.

Na primeira consulta de enfermagem, após a confirmação do diagnóstico médico, cada criança recebe um Caderno de Controle, que contém as explicações básicas de diabetes, como: hipoglicemia, exames de glicosúria e cetonúria, locais de aplicação de insulina, que será preenchido diariamente pelo familiar responsável, devendo acompanhar a criança a cada retorno ao ambulatório.

Deste modo, é construído no dia-a-dia a existência histórica dessa unidade ambulatorial, e a interação profissional-criança-familiar, que potencializa em atendimento a essência concreta pela busca de qualidade em contínuo fazer. Assim, tanto a criança como seu familiar, pouco a pouco, vão se sentindo mais à vontade no ambiente ambulatorial, com diminuição de ansiedade, tornando-se um ser mais participante e aberto para entender o que é esta doença, como e porque os cuidados são prestados, e receber novas informações.

### **1.2.3. A dança do cuidado domiciliar com o cuidado ambulatorial: interconexões necessárias para o desenvolvimento da criança diabética**

*Se eu encontrasse o gênio da lâmpada, pediria a ele que, num piscar de olhos, transformasse os hospitais em lugares onde só reinasse o amor incondicional.  
E ... que ... cada leito tivesse um ursinho para ser abraçado pela criança, infundindo consolo, segurança e uma sensação plena de amor.*

*Eleonor Trevisan*

Como parte integrante da rede dinâmica do Universo, observo que, para que esta criança tenha a probabilidade de possuir uma vida com melhor qualidade, sem ser colocada em situações de risco que possam ameaçar sua vida, é necessário que algumas modificações sejam planejadas nas interligações diretamente relacionadas ao seu processo de vida em desenvolvimento.

Como visto anteriormente, o diabetes é uma doença crônica que necessita de uma série de cuidados específicos para o seu controle adequado evitando-se o desenvolvimento de lesões

crônicas e complicações agudas, quase sempre graves. Conforme com Souza *et al* (1997), este controle está diretamente ligado à disponibilidade de apoio familiar. A família representa o microcosmo, onde a criança inicia seu processo vital e, portanto, suas primeiras interações com o mundo que a cerca. Desta maneira, todos os cuidados, que estão inseridos no controle da doença da criança diabética, são interconexões diferenciadas que seu corpinho biológico exige para continuar vivendo, ou melhor, para que se torne possível o desenrolar de seu processo vital. E é na articulação do cuidado ambulatorial com o cuidado domiciliar que se encontra a possibilidade de superação das dificuldades inerentes à doença.

Seguem abaixo as situações que compõem o que denomino de cuidado domiciliar, que deve ser realizado ou supervisionado por um familiar responsável:

- Coleta de amostra de urina: realizada em 04 (quatro) horários, diariamente: antes do desjejum, antes do almoço, antes do lanche e antes do jantar.
- Execução dos exames de urina: realizado 04 (quatro) vezes ao dia, com a amostra de urina coletada nos horários acima, tendo como objetivo pesquisar glicose e corpos cetônicos na urina.
- Leitura dos exames de urina, os quais determinam o nível da concentração de glicose e corpos cetônicos na urina. Os resultados são obtidos através da coloração da solução, conforme os padrões determinados para cada substância.

#### Pesquisa de Glicosúria

- azul: - negativo
- verde: + (bom)
- amarelo: ++ (bom)
- laranja: +++ (alto)
- vermelho: ++++ (alto)

#### Pesquisa de Cetonúria

- anel marrom: - negativo
- anel violeta: + positivo

- Monitorização de glicemia sanguínea por meio do glicosímetro: orienta-se a técnica correta para o uso do glicosímetro, bem como sua higienização e cuidado para conservação do aparelho. O perfil glicêmico é realizado a cada 10 (dez) dias, nos seguintes horários:
  - antes do desjejum
  - antes do almoço
  - antes do lanche
  - antes do jantar
  - antes de dormir
  - na madrugada
  
- Aplicação da insulina, de acordo com a técnica básica para a aplicação de injeção via subcutânea, observando os locais de aplicação no corpo, dentro do sistema de rodízio. Para uso de glucagon, a via de administração é intra-muscular (IM), devendo ser aplicado em casos de desmaios.
  
- Ajuste de dose de insulina, de acordo com os resultados dos exames de glicosúria e cetonúria, e orientação da equipe médica.
  
- A conservação de insulina deve ser na geladeira ou em local fresco e seco, e os reagentes, em vidros escuros, protegidos da luz e de lugares úmidos.

- Anotações, no Caderno de Controle, dos resultados diários dos exames de glicosúria, cetonúria, glicemia e as doses de insulina. Este caderno acompanha a criança em cada consulta médica e de enfermagem.
- Identificação dos sintomas de hipoglicemia.
- Cuidados de emergência na constatação de sinais de hipoglicemia.
- Acompanhamento da criança para a realização de exames laboratoriais.
- Acompanhamento da criança para as consultas médicas e consultas de enfermagem.
- Acompanhamento da criança periodicamente para controle oftalmológico.
- Acompanhamento da criança para controle odontológico.
- Execução correta de higiene bucal.
- Observação diária da higiene bucal, corporal e ambiental.
- Planejamento dos horários para o sono e repouso, levando-se em consideração que a criança necessita levantar cedo para a coleta de amostra de urina, aplicação de insulina e alimentação.
- Incentivo aos exercícios físicos, pois são indispensáveis e favorecem a ação da insulina, melhorando o controle de glicemia, diminuindo o risco de enfermidades coronarianas, ativando a circulação sanguínea periférica, e melhorando a oxigenação e nutrição das células. Devem ser diários, de baixa resistência e estimulantes.

- Planejamento da dieta, assegurando-se um equilíbrio nutricional correto, fornecendo calorias adequadas para peso desejável, crescimento e desenvolvimento normais, atingir níveis adequados de glicemia, e corrigir os erros alimentares da família. Desta forma, as refeições devem ser regulares e balanceadas, levando-se em consideração a integração da medicação com a alimentação, e a observação dos horários das refeições principais e lanches intermediários.
- Comparecimento à escola, para explicar aos professores os conhecimentos básicos do diabetes, da necessidade da criança ir ao banheiro quantas vezes precisar, e como atuarem em casos de hipoglicemia.
- Incentivo às atividades de lazer, pois o desconhecimento sobre a doença prejudica o entrosamento da criança nas atividades (festas de aniversários, viagens, brincadeiras infantis).
- Preparação emocional da criança para a possibilidade de uma eventual hospitalização.

Pode-se compreender que o cuidado domiciliar é bastante complexo e envolve a família da criança diabética como um todo, causando muitas vezes sua desorganização ou a não aceitação da doença por parte de seus membros. Além disso, é necessário um cuidado constante, tanto no interior do ambiente doméstico, como nas atividades sociais externas.

Assim, o cuidado domiciliar passa a ser um desafio para os pais e outros membros da família, que, assustados, sentem-se perdidos, pois, de um lado, têm de enfrentar seus próprios cotidianos (trabalho, estudo, igreja, lazer, etc), isto é, possuem suas próprias vidas para dançar, e, de outro, sentem a responsabilidade de mudar o ritmo de suas danças, para atender às necessidades daquele pequeno ser, que precisa da força de todos para desenvolver suas potencialidades de ser humano. O ritmo diferenciado desta criança desarmoniza, na grande maioria das vezes, a dança domiciliar.

Como enfermeira da Unidade de Endocrinologia Pediátrica, cuidando diariamente destas crianças, vivencio as dificuldades dos familiares em se organizarem para o cuidado domiciliar. Observo que esses familiares necessitam de suporte para o enfrentamento desta situação, e esse suporte é o cuidado de enfermagem que posso realizar. Sinto que este é o meu desafio: compartilhar com estas pessoas, por meio de uma dimensão de atenção amorosa, os momentos delicados que atravessam, para que possam encontrar sua própria canção para cantar, e sua dança para dançar, iluminados pela energia amorosa do Universo.

Deve ser ressaltado que não encontrei, na literatura de Enfermagem brasileira, trabalhos que embasem esta proposta. Observei a existência de muitos trabalhos sobre os cuidados com o adulto portador de diabetes tipo II, como os de Souza *et al* (1997), Baptista (1992), Trentini *et al* (1990), mas nenhum que tenha como enfoque os cuidados com a criança portadora do diabetes tipo I.

Destarte, procurando conciliar minha visão de mundo e minhas vivências com o cuidado de enfermagem, que é o meu cotidiano profissional, tenho como objetivo:

- ***Promover cuidados de enfermagem que possibilitem ao familiar, diante da complexidade das interconexões dinâmicas do ambiente domiciliar, ampliar a probabilidade de uma melhor qualidade de vida à criança diabética.***

## 2. ENCONTRANDO EM MARTHA ROGERS E FRITJOF CAPRA O EMBASAMENTO PARA A CONSTRUÇÃO DE UM MARCO CONCEITUAL

Como mestranda da Universidade Federal de Santa Catarina - Expansão Polo I - Universidade Federal do Paraná, entrei em contato, através de algumas disciplinas, com as idéias das grandes teóricas de Enfermagem, e, diante da premissa que direciona meu fazer profissional, identifiquei-me com a Teoria Homeodinâmica de Martha Rogers, que veio ao encontro de minha visão de mundo.

Mais tarde, ao ler Capra, procurando um aprofundamento maior, buscando compreender melhor a realidade na qual vive o homem, penetrei na Concepção Sistêmica da Vida, integrando um padrão mais claro na interconexão da vida.

Martha Rogers foi enfermeira desde 1936. Doutora em Ciências, em 1954, pela Universidade Johns Hopkins, desenvolveu os conceitos de ser humano, meio ambiente, saúde e enfermagem, tendo como base quatro blocos estruturais que denominou de: **campos de energia, universos de sistema abertos, padrão, e quadri-dimensionalidade** (Falco; Lobo, 1993).

**Os campos de energia** não possuem limites; são indivisíveis e se estendem ao infinito, são dinâmicos. Assim, tais campos são abertos, permitindo o intercâmbio com outros campos. O intercâmbio entre e em cada campo de energia apresenta um padrão que é percebido como uma onda única; esses padrões não são fixos, mas mudam conforme o exija a situação. As trocas ocorrem em diferentes pontos na quadri-dimensionalidade do tempo-espço. Com esses blocos estruturais como base, os homens unitários são definidos como campos

energéticos quadri-dimensionais, irreduzíveis e neguentrópicos\* , identificados por padrão, e que não podem ser previstos a partir do conhecimento das partes.

**Universos de Sistemas Abertos** são infinitos. Eles são abertos - não um pouco ou determinadas vezes, mas, continuamente abertos, permitindo o intercâmbio com outros campos de energia. O ser humano e o ambiente são campos de energia, abertos e em constante transformação (Daily *et al*, 1989).

**Padrão** identifica um campo de energia. No Universo de trocas, sistemas de mudanças são sempre criativos e inovativos. Campos humano e ambiental são continuamente caracterizados por padrão de ondas, mas a natureza do padrão é sempre nova, sempre emergente, sempre muito diversa e tendendo à complexidade. Cada ser humano é um padrão único e está integrado com seu próprio campo ambiental (Rogers, 1976).

**Quadri-dimensionalidade** é definida como um domínio não linear, sem atributos espaço-temporais. Os campos de energia são postulados para serem quadri-dimensionais (Daily, 1989). Isto implica em uma forma nova de olhar e perceber a realidade. Este conceito se baseia na Teoria da Relatividade de Einstein, a qual revela que todas as medidas de tempo e espaço são relativas. Espaço não é tridimensional e o tempo não é uma entidade isolada. Ambos se acham íntimo e

---

\* Neguentropia: Processo de crescimento do sistema aberto de tornar-se mais complexo e eficaz.

inseparavelmente conectados e formam um *continuum* quadridimensional denominado espaço-tempo. As dimensões de realidade vão além da capacidade de percepção do ser humano. Podemos também defini-lo como o momento em que o homem e o ambiente tornam-se um só. Deste sistema conceitual, Rogers baseou sua proposta para os princípios de Homeodinâmica, com os quais postulou o caminho para sua premissa do ser humano unitário. Daily (1989) relata que, em seus escritos, Rogers diz: “*O processo vital é homeodinâmico*”. Os princípios da Homeodinâmica compõem-se de três princípios: integralidade, ressonância e helicidade.

Fritjof Capra é um físico, com título de Ph.D. na Universidade de Viena. Realizou pesquisas sobre física de alta energia em várias universidades da Europa e Estados Unidos. Publicou vários trabalhos sobre as implicações filosóficas da ciência moderna, estabelecendo uma nova linguagem científica que descreve os inter-relacionamentos e as interdependências entre fenômenos psicológicos, biológicos, físicos, sociais e culturais - a “teia da vida” (Capra, 1982, 1983, 1996). As concepções de Capra proporcionam uma nova e extraordinária base para políticas ecológicas, que estão permitindo construir e sustentar comunidades sem colocar em risco as oportunidades para futuras gerações. Atualmente, leciona na Universidade da Califórnia, em Berkeley. É importante ressaltar a ligação dos pensamentos de Rogers e Capra, constatada nos agradecimentos que Capra faz a Rogers em seu livro *O Ponto de Mutação* (Capra, 1982).

Capra (1996) define consciência ecológica como um termo mais amplo e mais profundo que o usual, reconhecendo a interdependência fundamental de todos os fenômenos. Assim, este autor, citando Lincoln et al (1982), define ecossistema como “*uma comunidade de organismos e suas interações ambientais físicas como uma unidade ecológica*”, e visualiza os sistemas vivos como redes que interagem com outros sistemas (redes), e descreve um ecossistema como uma “*teia da vida*”, onde cada nodo representa um organismo, o que significa que cada nodo, quando amplificado, aparece, ele mesmo, como uma rede. Cada nodo na nova rede pode representar um

órgão, o qual por sua vez, aparecerá como uma rede quando amplificado, e assim por diante (Capra, 1996). Em outras palavras, a teia da vida consiste em redes dentro de redes.

A ecologia, que deve ser vista pela abordagem sistêmica, é definida como uma comunidade de organismos e suas interações físico-ambientais (Capra, 1996). Assim, o organismo não é um sistema estático e fechado ao mundo exterior, ou contendo sempre componentes idênticos. Ele é visto como um sistema aberto, com troca contínua de materiais do meio ambiente externo e materiais provenientes do organismo.

Partindo destas afirmativas, desenvolvi este estudo com base em três pressupostos de Capra (1996):

- *“O homem é uma unidade que possui sua própria integridade e características manifestas que são mais do que, e diferentes da, soma de suas partes”.*
- *“O homem e o ambiente estão continuamente trocando matéria e energia entre si, são uma teia inseparável de relações, embutidas em redes maiores”.*
- *“O processo vital do homem evolui irreversivelmente e unidirecionalmente ao longo do continuum espaço-tempo”.*

Assim, a partir do meu cotidiano profissional, nos cuidados de enfermagem à criança diabética e ao adulto familiar responsável pelo cuidado domiciliar, da maneira como percebo o mundo e a vida profissional, da teoria de Martha Rogers e do pensamento de Capra, construí o marco conceitual que norteou este estudo e que é apresentado no capítulo seguinte.

### 3. CONSTRUINDO O MARCO CONCEITUAL

No equilíbrio de minha vida pessoal e profissional, sinto que os cuidados de enfermagem que realizo estão repletos de sensibilidade e encantamento, os quais podem ser traduzidos em atenção amorosa que dedico às crianças diabéticas, e expressos em forma que envolve um pouco de magia. Esta magia que sinto como única, não é somente meu procedimento técnico, é o meu modo de vida, de ser-estar no mundo, onde busco o fortalecimento do amor no encantamento do cotidiano e da alma, pois assim pode ser reduzida a distância entre o mundo interior e o mundo exterior, que certamente estão conectados entre si. Desta forma, optei por construir o marco conceitual deste trabalho associando o encantamento e o cuidado de enfermagem, a partir dos conceitos de Homem, Ambiente e Enfermagem, de Rogers (1976), e a Concepção Sistêmica da Vida, de Capra (1996).

#### **Homem**

Rogers (1976) define o homem como um campo de energia irreduzível, quadridimensional, identificado por um padrão que se manifesta através de características que são diferentes daquelas de suas partes, não podendo ser compreendida quando está reduzida em partes. Assim, o homem é a unidade que possui sua própria integridade e características manifestas, que são mais do que, e diferentes de, a soma de suas partes. Isso quer dizer que, por ser diferente da soma de cada parte, pode agir, pensar e sentir de maneira diferente de outros homens.

Neste estudo, este homem é a criança diabética e o adulto familiar que, no espaço reservado do lar, presta os cuidados domiciliares. Esta criança, objeto de meu trabalho diário e receptora de meus cuidados de enfermagem, é diferenciada de outra por possuir uma necessidade

maior de atenção, um campo propício para se relacionar e trocar energia, no sentido de ser preparada para estar no Universo como um sistema aberto, entrelaçada numa rede de interdependência com outros seres e com o ambiente. Desta interdependência depende sua possibilidade de desenvolvimento saudável, diante de sua integridade quadri-dimensional como ser humano que possui energia, e de compartilhar com este Universo, como ser ecológico que é.

Conforme Capra (1996), a Concepção Sistêmica da Vida baseia-se na consciência do estado de inter-relação e interdependência essencial de todos os fenômenos: físicos, biológicos, psicológicos, sociais e culturais. Assim, a *probabilidade*, de estar em interconexão com todos os fenômenos da vida, abre a *possibilidade* ilimitada, onde os nossos sonhos de realização plena se fazem presentes. O ilimitado é nosso estado de graça.

Capra (1996) afirma que o que denominamos parte é apenas um padrão numa teia inseparável de relações. Neste sentido, o Universo material é visto pelo autor como uma teia dinâmica de eventos inter-relacionados, na qual nenhuma das propriedades de qualquer parte desta teia é fundamental, mas sim cada uma delas resulta da propriedade das outras partes, e é a partir da consciência global de todas as inter-relações que é determinada a estrutura de toda a teia. As palavras de Ted Perry, citadas por Capra (1996) na abertura de seu livro, ilustram bem este seu pensamento:

*Isto sabemos.*

*Todas as coisas estão ligadas*

*como o sangue que une uma família ...*

*Tudo o que acontece com a Terra*

*acontece com os filhos e filhas da Terra.*

*Ⓞ homem não tece a teia da vida; ele é apenas um fio.*

*Tudo o que faz à teia, ele faz a si mesmo.*

Na figura 01, apresento uma ilustração de como visualizo a criança diabética, ser unitário, campo de energia irredutível e quadri-dimensional em sua teia da vida.



**Figura 01 - A criança diabética, ser unitário, campo de energia irreduzível e quadridimensional em interconexão com a teia da vida.**

## Ambiente

Rogers (1976) define ambiente como um campo neguentrópico em quatro dimensões identificadas pelo padrão e tudo que se encontra fora de qualquer campo humano. A partir de reflexões, do vivido em termos de idéias, e de observações próprias, e da Concepção Sistêmica da Vida, de Capra (1996), ambiente é tudo que abrange, tanto o mundo externo quanto o mundo interno do homem, formando um *continuum* quadri-dimensional: o tempo-espaço. Se podemos sentir emoções dentro de nossos sonhos (ambiente interno), também podemos viver dentro de infinitas possibilidades e fazê-las presentes no mundo concreto de nossa realidade (ambiente externo).

De acordo com Boff (1977), “*todos os seres do Universo não estão simplesmente justapostos uns aos outros ou aí jogados como bolas de bilhar se entrelaçando. Eles são energia densificada e estabilizada dentro de campos energéticos, sempre em movimentos e em relação com outros*”. Nesse sentido, o pressuposto de que cada partícula do Universo contém todas as demais pode ser visualizado nos famosos versos de William Blake apud Capra (1983):

*“Para ver um mundo num grão de areia  
 E um céu numa flor silvestre  
 Segure o infinito na palma de sua mão  
 E a eternidade numa hora”.*

À medida que aprendemos a “olhar” para nosso mundo interno, compreendê-lo e modificá-lo, passamos também a compreender que somos o Todo, ou seja, somos o Universo, coexistindo

em cada nível de existência. Capra (1982) refere que nossas respostas ao meio ambiente são determinadas por nossas experiências passadas, nossas expectativas, nossos propósitos e a interpretação simbólica individual de nossa experiência perceptiva. Assim, os mundos interior e exterior estão sempre interligados, no funcionamento de um organismo humano; interagindo e evoluindo juntos.

Na Unidade de Endocrinologia Pediátrica, onde são atendidas as crianças portadoras de diabetes, juntamente com seus familiares, ocorre tanto o cuidado ambulatorial, como as orientações para o cuidado domiciliar, que devem manter-se em equilíbrio dinâmico, e interdependentes, a fim de propiciar um processo de cuidar com maior qualidade. Dentro desta unidade, existe uma equipe multidisciplinar atuando, sendo que a soma dos esforços de cada um (parte) torna o Todo no processo de cuidar ambulatorial.

O cuidado domiciliar é realizado fora do ambiente ambulatorial, abrangendo o núcleo familiar, a escola e todos os possíveis lugares percorridos por essa criança dentro do seu contexto ambiental e cultural. Ao reportar à Concepção Sistêmica da Vida, para a articulação do cuidado ambulatorial e do cuidado domiciliar à criança diabética, observo que vivenciamos um mundo cultural próprio, que se torna parte integrante de nosso meio ambiente, dentro da consciência da interconexão, formando uma rede de relações entre as diversas partes de um Todo. Capra (1996) contextualiza o homem como ser ecológico, porque, como seres humanos, devemos estar cientes de nosso ambiente externo, de nós mesmos e de nosso mundo interior, ao mesmo tempo que somos responsáveis para com este ambiente externo e interno, dando origem a um sistema dinâmico, sempre aberto a novas possibilidades. “Sistemas são totalidades integradas, cujas propriedades não podem ser reduzidas às unidades menores”. Aplicando este conceito em um nível mais amplo, podemos entender que o Universo é infinito, pois não sabemos sua real extensão; possui um número indeterminado de partículas subatômicas, cometas, estrelas e planetas, motivo pelo qual podemos nominá-lo de ecossistema. Este vive em equilíbrio com o planeta Terra, que abriga seres humanos, animais e vegetais; assim podemos chamá-lo de macrossistema.

Para Capra (1996), ecologia - palavra proveniente do grego oikos (lar), “*é o estudo do Lar Terra. Mais precisamente é o estudo das relações que interligam todos os membros do Lar*

*Terra. O homem, com suas peculiaridades de sentimento, intuição, percepção e inteligência, dentro da mesma evolução, equilíbrio e cultura, relaciona-se como sistema aberto que é, tanto com o ecossistema, como com o macrossistema simultaneamente: onde todos os sistemas reportam-se do individual para o Todo, e vice-versa”.*

Esta concepção desencadeia uma idéia de ligação, onde os fluxos de energia do campo humano através do ambiente são percebidos como prolongamento que se transforma numa unidade.

A partir desta idéia é que visualizo a criança diabética e o adulto familiar responsável, na articulação do cuidado ambulatorial com o cuidado domiciliar, conforme expresso na figura 02.

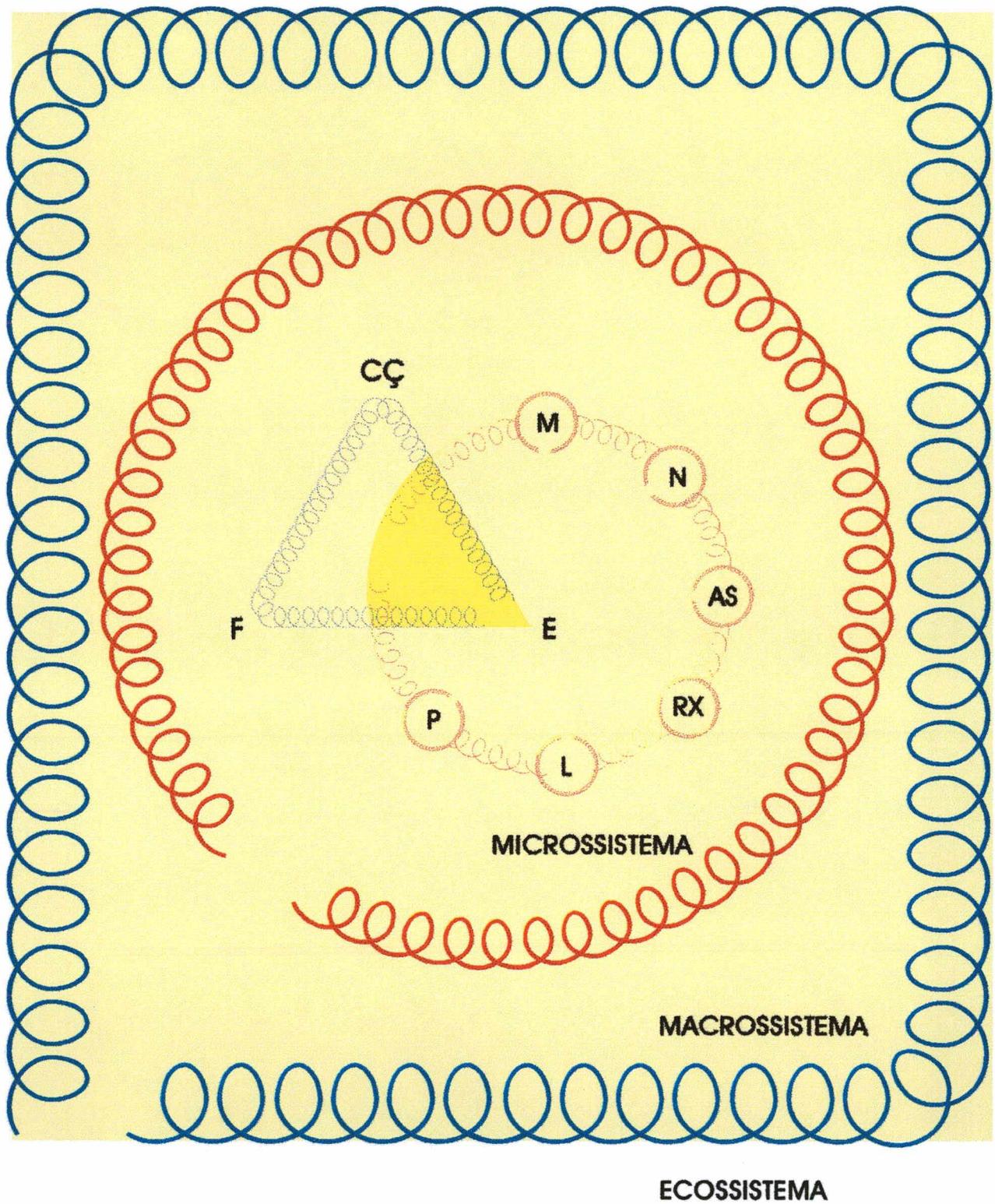


Figura 02 - Articulação do Cuidado Hospitalar com o Cuidado Domiciliar.

## Enfermagem

Rogers (1976) define Enfermagem como uma ciência humanística e humanitária, voltada para a descrição e explicação do ser humano, num todo sinérgico e no desenvolvimento de generalizações hipotéticas e princípios proféticos, básicos à prática consciente. Segundo Daily (1989), a Enfermagem visa promover a interação sincrônica entre o ambiente e o homem, para fortalecer a consciência e a integridade dos seres humanos, e para direcionar e redirecionar padrões de interações entre o homem e seu ambiente no sentido de atingir seu potencial máximo de saúde.

Baseada neste conceito de Rogers, tenho como cuidado constante manter viva a sensibilidade, transcendendo as ações rotineiras, e procurando mobilizar no adulto familiar responsável e na criança diabética a energia íntima de cada um. Faz parte do plano assistencial proposto neste trabalho, um programa que visa o fortalecimento da consciência e da integridade do familiar responsável pelo cuidado domiciliar, no sentido de redimensionar seus padrões de interação com seu ambiente, para que ambos, familiar e criança diabética, atinjam o máximo de seus potenciais de saúde.

É praticamente impossível ao familiar ter cuidados com a saúde da criança diabética, se não compreender o porquê deve agir de determinada maneira. É preciso mobilizar suas energias para que entenda que o desenvolvimento dessa criança está inserido na maneira desse cuidar, e que um bom controle reduz nitidamente a incidência e a gravidade das complicações secundárias. É nesse cuidado domiciliar organizado e carinhoso, proporcionado por meio através da interconexão com a enfermeira, que esta vinculada a probabilidade de uma melhor qualidade de vida para esta criança.

Assim, a participação ativa do adulto familiar responsável pelo cuidado domiciliar à criança diabética determinará uma redução de episódios agudos da doença, tais como: hipoglicemia, hiperglicemia, cetoacidose, infecções e hospitalizações frequentes.

Dentro deste contexto, a relação enfermeiro - familiar - criança tem especial importância, já que o enfermeiro oferece oportunidade para promover a abertura no padrão de energia, dentro

de situações onde ambos podem exteriorizar seus problemas, oportunizando em conjunto a melhoria do cuidado domiciliar. Considera-se-os parte integrante do tratamento, dentro da interconexão dinâmica, na medida que a existência de troca de energia fornece o amadurecimento das situações, e permite a integração e cooperação nas soluções destas situações ligadas à doença, suavizando as angústias e minimizando o possível sentimento de solidão do familiar e criança diabética, o que, pelo pensamento de Capra, tornar-los-ia um sistema fechado. Assim, a probabilidade de estar em interconexão abre a possibilidade ilimitada, onde nossos sonhos se fazem presentes, viajando através dos sentimentos até o nosso estado físico, tão conhecido e companheiro do ser humano.

Desta forma, na prática como enfermeira, procuro discutir e aprofundar questões a partir da abertura dos padrões de energia em favor da criança diabética e seu familiar responsável, para:

- atingir o bom controle metabólico
- promover modificações no estilo de vida
- minimizar a ocorrência de complicações agudas
- reduzir o número de hospitalizações
- prevenir e retardar as complicações crônicas
- melhorar a qualidade de vida

Como salientou Rogers (1976), a enfermagem é voltada ao homem unitário, e preocupa-se com a natureza e direção do desenvolvimento humano. O envolvimento por parte da enfermeira demonstra o cuidado pela pessoa como um todo, resultando que o ser humano constitui a entidade suprema, e não a doença.

Desta forma, os valores de amizade e companheirismo possibilitam a troca de energia, propiciando o descartar de sentimentos como: medo, solidão e frustração, ajudando a criança diabética e seu adulto familiar responsável a entender todo o processo.

A figura 03 apresenta uma ilustração da dinâmica do Cuidado Domiciliar e Cuidado Ambulatorial na Teia da Vida, na linguagem básica da estrutura conceitual dominante (modelo biológico). E, dentro da visão de Rogers, faço a justaposição com a figura 03-A, dentro dos Princípios de Homeodinâmica, que compõem-se de três princípios: integralidade, ressonância e helicidade, conceituados em seguida.

### **Princípios da Homeodinâmica**

Os princípios da Homeodinâmica compõem-se de três princípios: integralidade, ressonância e helicidade.

#### **Integralidade**

Devido à inseparabilidade dos seres humanos e seu ambiente, as mudanças seqüenciais no processo de vida constituem revisões contínuas, que se dão a partir das interações entre os seres humanos e seu ambiente. Entre estes dois conceitos, essas duas entidades, existe numa interação que provoca modificações mútuas e constantes, pelas quais a modelagem simultânea está ocorrendo em ambos, ao mesmo tempo. Assim, integralidade é o processo contínuo, mútuo e simultâneo de interação, entre os campos humano e ambiental (Rogers, 1976).

No princípio da integralidade, existem partes do cuidado domiciliar e do cuidado profissional na teia da vida, nele contidos, mas que devem ser vistos de uma maneira que reflitam a sua totalidade. Identifico-os sendo: amostra de coleta de urina, execução de exames de urina,

leitura de exames, aplicação de medicação, caderno de controle, conservação de insulina, execução de exames de sangue e exames laboratoriais, e podem serem percebidos a partir da identificação das manifestações do padrão psicológico, espiritual e fisiológico, por meio de investigações: Como a criança vê seu ambiente? Como o diabetes e o ambiente afetam um ao outro? Qual a natureza da interação com o cuidado domiciliar? Como pode o cuidado domiciliar ser modificado para reduzir as diferenças identificadas? Quais os fatores que apoiam ou abalam o cuidado domiciliar? Como é o ajustamento entre o adulto familiar responsável e a criança diabética?

### **Ressonância**

A mudança no padrão dos seres humanos e do ambiente é propagada por ondas que vão de ondas mais longas, de baixa frequência, a ondas mais curtas, e de frequência mais alta. O processo de vida nos seres humanos é uma sinfonia de vibrações rítmicas que oscilam em várias frequências. Os seres humanos experimentam o ambiente como uma onda de ressonância complexa, unindo-os ao resto do universo. A ressonância é a identificação do campo humano e do campo ambiental, através de padrões de ondas que manifestam modificações contínuas (Rogers, 1976).

Refletem o princípio de ressonância os seguintes cuidados: dieta, higiene, consulta de enfermagem, controle oftalmológico, controle odontológico, consulta médica, sono e repouso, dose de insulina e exercício físico. Sua investigação pode ser pela seguinte série de perguntas: Que tipo de variações tem ocorrido durante o cuidado domiciliar? Que padrões têm influenciado essas variações? Que papel teve o ambiente nessas variações? De que forma o cuidado domiciliar pode afetar a criança diabética?

## Helicidade

O princípio de helicidade diz que a natureza e a direção da mudança humana e ambiental são contínuas, inovadoras, prováveis e caracterizadas pela crescente diversidade do padrão do campo humano e do campo ambiental que emerge da interação contínua, mútua e simultânea, manifestando ritmicidade não-repetida. Este princípio postula a direção da mudança que ocorre entre os campos humanos e ambiental (Rogers, 1976).

Abrangendo este princípio, que também observa a relação dos sentimentos, devem ser relacionados os seguintes cuidados: atenção amorosa, lazer, escola e hospitalização, conhecimentos dos sintomas de hipoglicemia, e considerar as seguintes perguntas: Que tipos de padrões caracterizam a criança diabética? Como estes padrões se desenvolvem? Que tipos de experiências influenciam o desenvolvimento de certos padrões? Como o cuidado domiciliar tem promovido certos padrões?

Ao identificar algum tipo de padrão, deve-se ter sempre em mente que os mesmos não são estáticos, mas estão em constantes mudanças, abertos para novas experiências. Portanto, também deve ser considerado que os princípios se alternam no tempo-espço, embutidos na simplicidade aparente, transmitindo e recebendo informações complexas por um fluxo constante de energia.

A criança diabética, por natureza, já possui um padrão diferenciado das outras crianças. Sua responsabilidade com a saúde é maior, iniciando-se a partir do diagnóstico, pela série de cuidados que deverá manter. Esta criança necessita todos os dias construir pontes, e aprender a planejar o seu caminho, de modo a inter-existir e co-existir com outros seres humanos. Ao perceber este vínculo e elaborar padrões adaptativos, a força da própria criança se auto-organiza e se auto-regula na sua própria teia. Mesmo não percebendo conscientemente todo o envolvimento, a intuição e o seu coração, ela sente e sabe. Ao vivenciar momentos sofridos, seu campo energético se altera, residindo na sua capacidade de ser um nodo de relações vitais e reflexos ilimitados. Ela é um projeto constante e infinito, ora habitando alegrias e ora habitando dimensões

de necessidade, ou buscando a dimensão da criatividade para enfrentar todo o processo, desenvolvendo a coragem de fazer caminho onde os caminhos se tornam distantes.

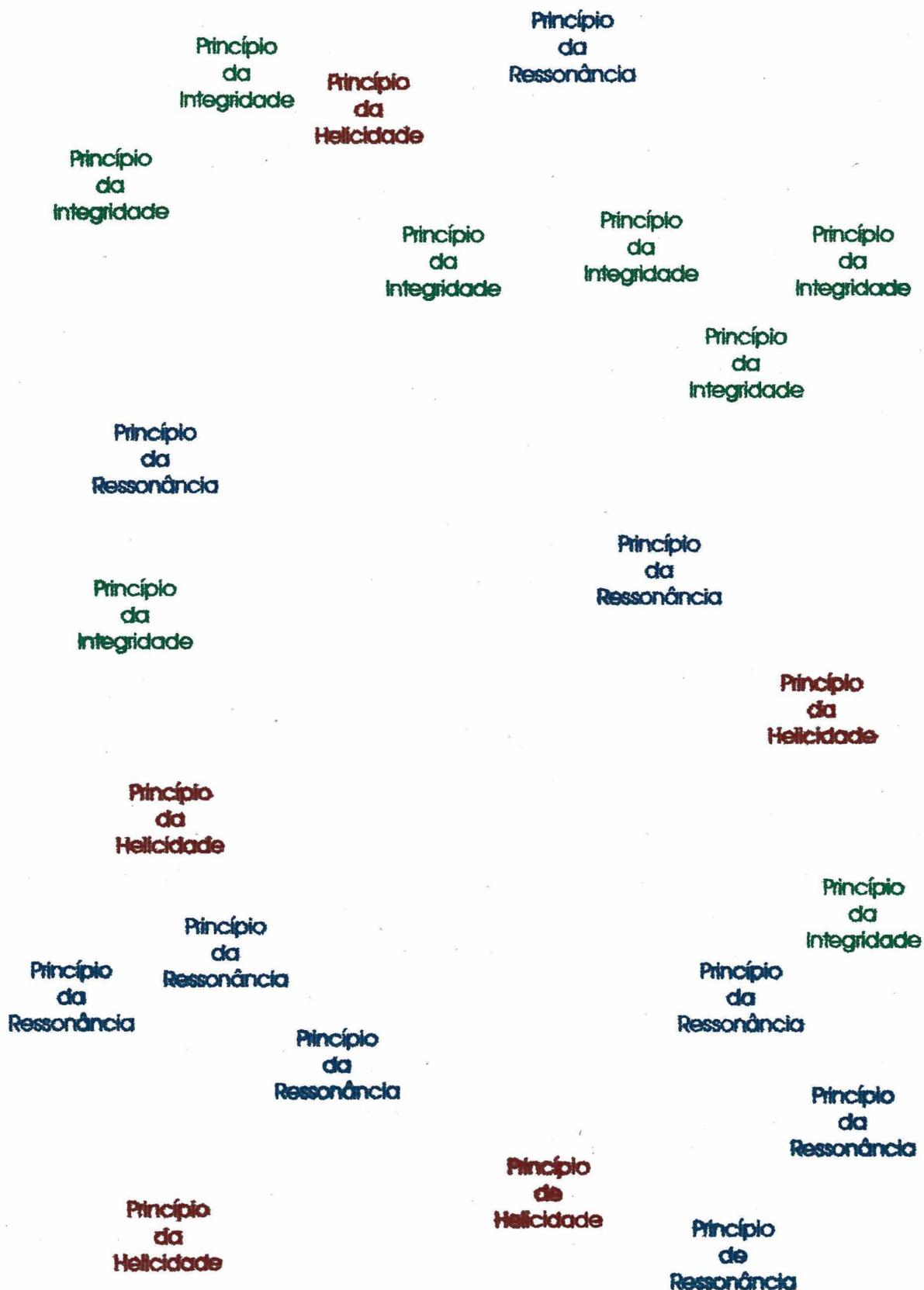


Figura 03A - Princípios da Homeodinâmica no Cuidado Domiciliar e Cuidado Ambulatorial na Teia da Vida.

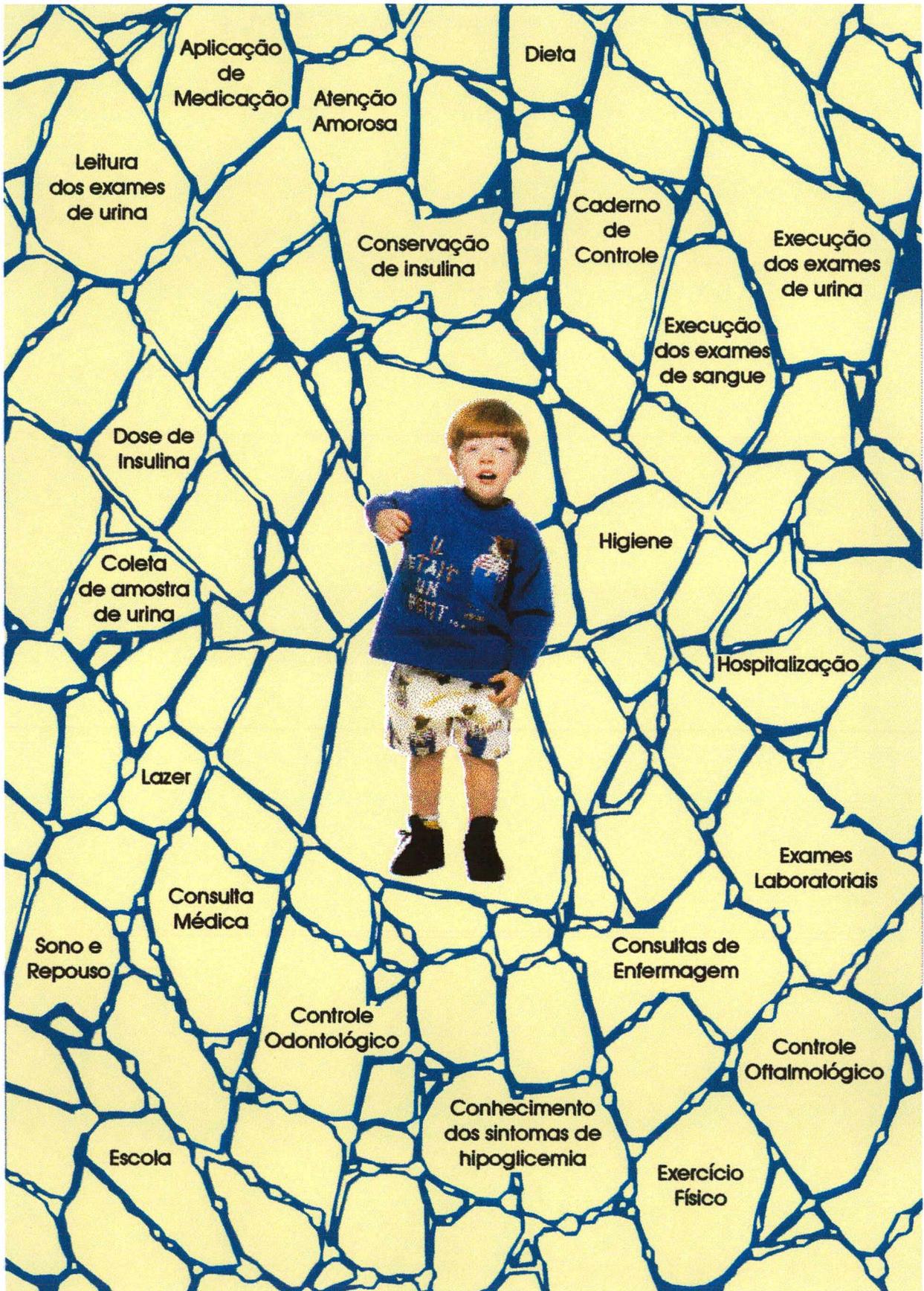


Figura 03B - Dinâmica do Cuidado Domiciliar e Cuidado Ambulatorial na Teia da Vida.

#### 4. EM BUSCA DE CAMINHOS PARA IMPLEMENTAÇÃO DO MARCO CONCEITUAL

*“Não há um conjunto de fórmulas pelas quais se determina a ação. Nem há regras de bolso sujeitas à memorização e a aplicação inquestionável. Os instrumentos da prática são numerosos, mas sua seleção apropriada consoante com as necessidades do indivíduo, família ou sociedade depende da habilidade intelectual”.*

*Rogers (1970)*

Sentindo as vibrações da música que me propus dançar e embalada pelos pensamentos de Rogers e Capra, utilizados como suporte teórico, encontrei na pesquisa qualitativa o caminho para a implementação do marco conceitual, à minha prática assistencial como enfermeira no microsistema de uma Unidade de Endocrinologia Pediátrica, cuidando de crianças diabéticas.

Para Polit; Hungler (1995), a pesquisa qualitativa tem sua base alicerçada na premissa que “os conhecimentos sobre os indivíduos só são possíveis com a descrição da experiência humana, tal como ela é vivida e tal como é definida por seus próprios atores”. Desta forma, o pesquisador, quando envolvido com estudos desta natureza, procurará muito mais envolver-se com a realidade que está estudando do que com a estruturação sobre a situação de pesquisa, o que muitas vezes tolhe o desvelar do subjetivo, do dinâmico e do individual. É o método de pesquisa que privilegia a complexidade e as diferenças unidas, na busca de novas visões e possibilidades (Minayo, 1995).

Como um estudo que pretendeu uma maior aproximação com a realidade vivenciada pelo familiar responsável pelo cuidado domiciliar à criança diabética, está caracterizado como uma pesquisa prática, a qual é apresentada de forma descritiva após leitura qualitativa dos dados levantados.

Demo (1995), ao se referir a este tipo de pesquisa, ressalta sua importância motivada, não por discussões genéricas e dispersas do objeto estudado, mas sim na procura de caminhos que levem assegurar a ligação indestrutível entre teoria e prática, valorizando o compromisso com as

ações do cotidiano profissional. Por este enfoque, não é o tipo de pesquisa que busca produtos acabados, mas sim propõe cultivar um sistema processual, onde a criatividade é vivenciada pelo constante diálogo com a realidade que se quer compreender e transformar.

Desta forma, é compromisso estar contemplando os compassos da música escolhida para dançar, dentro de minha visão de mundo, e coerente com as propostas teóricas de Rogers (1976) e Capra (1996). Compartilho com Silva (1990), quando esta afirma que a escolha do método, dentro da visão rogeriana da Ciência dos Seres Humanos Unitários, deve estar alicerçada numa trajetória que leva à maior compreensão deste ser humano, para viabilizar uma intervenção mais efetiva no redimensionamento do curso rítmico da relação entre os campos humano e ambiental.

#### **4.1. Campo ambiental do estudo**

O local escolhido para o desenvolvimento deste trabalho foi a Unidade de Endocrinologia Pediátrica de um Hospital de Ensino de Curitiba, por ser meu local de trabalho e já possuir uma infra-estrutura e afinidades desejáveis, facilitando o desenvolver da proposta. Primeiro, por ser um local conhecido pelos adultos familiares responsáveis e, segundo, pela presença da equipe multidisciplinar que colocou-se à disposição para qualquer necessidade. Facilitou também o acesso dos participantes, por poderem aproveitar a mesma manhã para outras atividades no Hospital, como: coleta de exames laboratoriais, consultas em outras especialidades ou adquirir materiais para o cuidado domiciliar.

A Unidade está localizada em uma casa ao lado do Hospital, com 600m<sup>2</sup>, de dois andares, com jardim, sacada e parque infantil. Esta casa foi um sonho da equipe acalentado por muito tempo, e que tornou-se realidade em dezembro de 1996. Anteriormente, o espaço físico era dividido com a Puericultura, que cada vez tornava-a aparentemente menor, pelo aumento da demanda e pelo aumento de profissionais que formavam a equipe multidisciplinar, e foram várias as vezes que atendíamos no corredor, por falta de salas. Quando mudamos para esta casa, que

carinhosamente é chamada de U.E.P., cada profissional da equipe ganhou uma sala para o atendimento. Foi um momento de grande alegria para todos nós.

A planta física dessa Unidade compreende: no primeiro andar: uma sala de reunião; duas salas para as chefias; uma sala para estudo, com computador; uma sala para administração; uma sala para secretária; uma sala de espera; uma cozinha e dois banheiros. No andar inferior: dez salas para o atendimento, uma sala de espera, dois banheiros e um fraldário. No lado esquerdo da casa, ocupando os dois andares, fica o laboratório, com várias salas. A sala de enfermagem é a única que possui um banheiro privativo, o que evita as crianças circularem pelo ambulatório, com material de coleta para exames, protegendo-as na sua integridade de ser humano. Nesta sala são realizada a consulta de enfermagem, coleta de sangue e verificação de dados antropométricos. Por ocorrer um fluxo muito grande de pessoas, está tornando-se proporcionalmente pequena, motivo pelo qual foi solicitada uma ampliação, para incluir a sala ao lado.

#### **4.2. Familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar participantes do estudo**

Este trabalho foi desenvolvido com um grupo de cinco adultos familiares responsáveis por crianças diabéticas em tratamento, e acompanhamento na Unidade, efetivo ambiente de estudo, sendo quatro deles, mães e uma tia, com idade entre 24 a 45 anos, residentes na Região Metropolitana de Curitiba. Destas, três possuem o 1º grau incompleto, uma o 1º grau completo e uma o 2º grau completo, sendo que duas trabalham como diaristas em casas de família, uma é telefonista em instituição pública, uma é micro-empresária e outra é dona-de-casa.

Esses adultos familiares responsáveis foram convidados a participar do estudo durante a consulta de enfermagem, momento utilizado para explicar os objetivos de minha proposta, ficando a critério de cada uma a participação voluntária. Procurei também assegurar o anonimato de cada participante do grupo, apesar de as crianças solicitarem que seus nomes não fossem modificados.

#### **4.3. Proposição do ritmo para a interação enfermeira - familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar**

O trabalho em grupo, com encontros agendados a partir da disponibilidade de cada familiar, foi o processo escolhido, no sentido de proporcionar uma melhor abertura para a harmonização das trocas de energias na busca do estabelecimento da integridade e da totalidade dos campos humanos e ambiental. Além disso, favoreceu a abertura dos campos energéticos das participantes e das interconexões, a fim de proporcionar a oportunidade aos familiares responsáveis de, em conjunto, renovar a criatividade e as possibilidades de novas atitudes no cuidado domiciliar à criança diabética.

Os encontros deste grupo ocorreram em todas as manhãs de quinta-feira, durante o período de maio a novembro de 1997, em determinada sala da Unidade de Endocrinologia Pediátrica. Para os primeiros encontros, preparava o local para receber os participantes, dispondo as cadeiras em círculo, colocando uma música suave, e deixando já pronto o lanche para o final. Durante o desenrolar dos encontros, o próprio grupo realizava a preparação da sala, trazendo de casa o lanche, que se tornou um momento afetivo e descontraído, com variadas guloseimas “diet”.

Para o primeiro encontro, a data e o horário foram estabelecidos, baseando-se na disponibilidade dos adultos familiares responsáveis, e em horário e turno que não fossem coincidentes com o atendimento ambulatorial na Unidade. A princípio, ficou estabelecido que seriam agendados cinco encontros, obedecendo a seguinte seqüência:

1º - levantamento dos problemas (princípio da integridade)

- apresentação dos problemas

2º - escolha de 1 ou 2 problemas

para as discussões no grupo

- 3º - discussão dos problemas levantados
- 4º - discussão dos problemas levantados
- 5º - estabelecimento de metas para o redimensionamento do ritmo de cada familiar, para harmonizá-lo com o ritmo do processo vital da criança diabética

Após estes cinco encontros, o próprio grupo optou pela continuidade das reuniões.

#### **4.4. Processo de análise da dinâmica grupal**

Com base no trabalho de Silva (1990), optei por estabelecer três passos para minha dança, pois estes me levariam a uma maior vivência com a realidade a ser compreendida, à medida que aproximaria o meu campo energético com os dos familiares, dentro da dinâmica do processo vital de cada um. É necessário ressaltar que estes passos serão apresentados separadamente, visando a melhor compreensão da técnica adotada, mas foram trabalhados de acordo com as necessidades do grupo durante a realização dos encontros.

#### **Coleta de Dados (princípio da integralidade)**

Conforme Silva (1990), a coleta de dados é a fase na qual a enfermeira, juntamente com o cliente e as pessoas que com ele interagem, busca detectar a integralidade nas relações deste com seu "eu"(mundo interior) e com o meio ambiente (mundo exterior). A mesma ressalta que o princípio da integralidade auxilia na dinâmica das interconexões entre o ser humano e o meio

ambiente, detectando como e em que momento ocorreu a perda da integridade sincrônica e recíproca desta conexão.

Assim, este passo foi o inicial, onde as primeiras interações foram realizadas entre as participantes do grupo, quando, então, nem todos os campos energéticos estavam abertos para o estabelecimento das trocas, mas esteve presente em todos os encontros realizados, num processo contínuo. Este passo objetivou a:

- Identificação pelo grupo das manifestações dos padrões dos campos energéticos de cada familiar responsável pelo cuidado domiciliar, do meio ambiente e das relações estabelecidas.
- Identificação das interferências dominantes e o estabelecimento de metas para o redimensionamento do curso rítmico do grupo e de cada familiar, no sentido de harmonizá-lo com o ritmo do processo vital da criança diabética.

### **Diagnóstico (princípio de ressonância)**

Rogers (1976) postula que o princípio de ressonância estabelece as mudanças contínuas, de baixa para alta frequência, dos padrões de onda, nos campos humano e ambiental. A continuidade dos encontros possibilita conhecer a história de vida de cada uma das participantes, os padrões do campo humano e ambiental a que está sujeita como manifestações rítmicas e únicas, que variam de acordo com a velocidade e amplitude do padrão apresentado por cada familiar responsável.

A relação desarmônica entre o campo humano e o campo ambiental é observada, quando o desespero torna-se presente e a alegria e a coragem de viver encontram-se ameaçadas, por uma resistência afastada dos padrões de campos energéticos abertos. Este passo objetivou, nesta proposta, a:

- Identificação, pelo grupo, das interferências de padrões desarmônicos no campo humano e ambiental.
- Identificação da história de vida de cada participante, pelo grupo, com o intuito de estabelecer conexões para repadronizar o curso rítmico das relações com a criança diabética, para então estabelecer o curso provável e possível da evolução do processo vital desta criança.

### **Intervenção na Realidade (princípio da helicidade)**

É nesta fase que, segundo Rogers (1976), se estabelece a natureza e a direção de mudanças dos padrões dos campos humanos e ambiental, sendo contínuas, inovadoras, prováveis, caracterizadas pela diversidade crescente, e manifestando ritmicidade não repetitiva. Rogers representa este princípio por uma espiral irregular, na qual o processo desenvolvido dos padrões dos campos humano e ambiental se faz por progressão não linear, embora a cada volta da espiral possam surgir situações semelhantes a outras já vivenciadas, sendo necessário redirecioná-las.

Segundo Rogers (1976), a interação sincrônica entre o campo humano e o ambiente acontece através de:

- coordenação dos ritmos dos campos humano e ambiental;
- melhores condições de uso da capacidade vital como ser criativo, emotivo, racional e dinâmico;
- fortalecimento da coerência e integralidade do campo humano;

- cuidados baseados nas probabilidades e possibilidades de atingir os objetivos.

Conforme as condições acima, é nesta fase que se abre espaço para novas experiências, para o encorajamento e descobrimento de maneiras de relacionamentos para serem cultivadas. Assim, o objetivo é :

- Integrar o familiar responsável no redirecionamento do curso rítmico das ações do cuidado domiciliar, que se constituíam em interferências efetivas para as mudanças necessárias do processo vital da criança diabética.

#### **4.5. Registro dos encontros**

Para fins de registro dos encontros, foi solicitada aos familiares autorização para as anotações e a utilização de gravador. Mas, no decorrer do primeiro encontro, todas as participantes colocaram-se desfavoráveis ao seu uso, alegando que causava constrangimento e que tolhia a liberdade de expressão. Assim, foi usado um diário de campo, no qual, ao término dos encontros, fazia os relatos. Quanto às informações complementares que necessitava, obtive-as por meio de consulta aos prontuários, quando não havia os encontros.

Para observação dos princípios éticos, foi enviado, à direção da Instituição, protocolo pelo qual se solicitava autorização para a coleta de assinaturas, em declaração de consentimento dos adultos familiares responsáveis (anexo I).

#### **4.6. Análise de dados**

Levando em consideração o compromisso com a melhoria de minha prática profissional, a partir de uma perspectiva que contemplasse concepções e valores como pessoa e profissional em integral conexão com a vida, ciente da responsabilidade social e interessada pela saúde do ambiente, cenário que constitui nosso cotidiano, e certa da interligação e da inseparabilidade desta com a saúde da humanidade, como ressalta Maliski (1990), encontrei nos Princípios da Homeodinâmica, derivados do Sistema Conceitual de Rogers, o caminho para o suporte e a análise dos dados, obtidos durante a realização dos encontros com os adultos familiares responsáveis pelas crianças diabéticas.

No próximo capítulo, é apresentada a descrição da análise do trabalho realizado junto ao grupo, de acordo com a ordem com que foram realizados os encontros.

## 5. DANÇANDO NO RITMO DO GRUPO

*“O Universo opera através de trocas dinâmicas... dar e receber são diferentes aspectos do fluxo da energia universal.”*

*Deepak Chopra*

No curto espaço de um pensamento podemos: sonhar, chorar, sentir emoções, ter paz, criar situações novas, viajar na imaginação pelo mundo, ir às estrelas, lembrar pessoas queridas, enfim, podemos fazer deste momento o que desejamos. É um presente muito valioso que o ser humano recebeu da vida. É neste momento que habitamos um Universo particular, uma complexidade que nos leva a detalhes, mas que está contida na totalidade.

Muitos foram estes momentos que explodiram e tornaram-se importantes, durante a prática assistencial com a formação do grupo de familiares responsáveis pelas crianças portadoras de diabetes. Momentos em que descobri medo e dor, os quais mantinha-os interligados na teia da vida e, ao mesmo tempo, buscando um reabilitar e um conforto a cada passo do caminho. Relato as vivências com recortes considerados os mais expressivos durante o período em que o grupo de familiar responsável se fez presente. Neste período, vi, mais uma vez, uma mudança ocorrer, tanto nos meus esforços quanto na motivação, abrindo mente e coração para nova compreensão e compaixão.

### 5.1. O primeiro encontro

O primeiro encontro com o grupo causou grande ansiedade e gerou expectativas, pois era necessário, imensamente, que este viesse a se tornar uma base aflorando uma mútua interconexão amorosa, para que possibilitasse uma atividade com liberdade de expressão. Quando é iniciado

um trabalho, seja ele qual for, é preciso permanecer muito próxima de meu mundo interno, para focalizar diretamente aquilo que está por acontecer e vivenciar o que desejo, primeiramente no campo da imaginação, e, aos poucos, é desta forma, que este trabalho vai tomando corpo, conectando-me com o caminho a seguir. Desta maneira, vivenciei interiormente inúmeras situações que poderia dispor para a dinâmica de trabalho com o grupo.

E assim ... em uma manhã de sol, pairando no ar uma tranquilidade gostosa, chegou o dia de nosso primeiro encontro. Meu coração, já bem calmo e confortado pela coragem, como uma guerreira, sorria feliz com minha disposição para esta nova fase. Cheguei cedo ao ambulatório, e iniciei o preparo do ambiente em minha sala, colocando as cadeiras em círculo, uma bandeja com lanche na mesa, material didático, uma música suave ... e fiquei aguardando a chegada de cada uma das participantes do grupo.

De repente ... conversas ... cumprimentos ... e estava tudo acontecendo. Alguns minutos após, expliquei novamente o objetivo do trabalho. Com a idéia de facilitar o inter-relacionamento entre as participantes, preparei uma dinâmica de grupo. Iniciei por uma das participantes, onde esta leu o nome impresso no cartão distribuído a cada uma; esta pessoa identificava-se e falava um pouco de sua história: quem era, seus objetivos de vida, suas necessidades e o que esperava do grupo.

Assim, foi feita a auto-apresentação de todas as participantes. Este momento foi muito além das expectativas. Ao falarem de suas dificuldades, iniciou-se uma discussão, que aproximou o grupo e permitiu um intercâmbio entre elas. Percebi, então, que vivenciamos a concepção de campos energéticos, proposto por Rogers e Capra, onde os campos de energia não possuem limites, são abertos, permitindo o intercâmbio com outros campos energéticos e, conseqüentemente, a troca de energia.

Isso significa que o intercâmbio entre os campos energéticos estava ocorrendo no momento em que cada uma estava disposta a falar sobre sua dor, ao assumirem todas os seus sentimentos e as responsabilidades de cuidarem um pouco de si, para, mais tarde, estarem possibilitando um cuidado mais tranqüilo à criança diabética. E o momento de abertura era este, no redimensionar os cursos rítmicos dos seus processos vitais, sem pressões. O fato dessas pressões, muitas vezes, ocorrerem sutil e indiretamente, tornam-se difíceis de serem percebidas e

enfrentadas. Ao trazerem sua dor em forma de palavras, por encontrarem um ambiente propício, e por estarem dispostas a uma mudança, é que pode ocorrer esta troca de energia, este apoio mútuo, que propicia a busca e adoção de novas maneiras de se relacionarem com seus maridos, filhos, amigos e com a criança diabética, dentro do princípio da integralidade.

O modo como cada um fez sua viagem, pela espiral de Martha Rogers, tocou-me profundamente. Choravam, à medida que começavam a falar sobre a doença de seus filhos - o tema principal deste encontro. Conseguiram deixar fluir, até à superfície, o que as magoavam: a dor, a raiva e a impotência. Percebi, através do compartilhar compreensão, solidariedade e esperanças vivenciadas mediante experiências mútuas, falas de alívio:

- *“Conhecendo os problemas dos outros, entendemos que os nossos não são tão grandes como parecem”.*
- *“Aprendi administrar melhor nossas dificuldades”.*
- *“Este apoio é muito importante e necessário”.*
- *“Este novo caminho acabou com meus medos e tabus”.*
- *“Sem apoio eu não conseguiria superar minhas dificuldades”.*

Estes depoimentos vêm ao encontro das palavras de Munari (1997), quando relata que: “é preciso que certo grau de proximidade e honestidade se estabeleça e permeie o grupo como um todo, permitindo aos membros sentirem-se seguros para investir de fato na proposta grupal. Esse momento é desencadeado pelo compartilhar de experiências comuns, que possivelmente estimulará o aparecimento de sentimentos comuns e, conseqüentemente, a formação da identidade do grupo”.

Além das falas de alívio, existiam também as lágrimas que caíam pelo rosto do familiar responsável, ao contar como recebeu o diagnóstico de sua filha, e o quanto custou aceitá-lo, tornando-se um ciclo de sofrimento e desespero:

- *“Até o dia em que soube que minha filha era diabética, nunca tinha pensado que as crianças também poderiam ter diabetes. Então fiquei chocada, sem reação aparente, só pensava que ela não poderia ter, era um engano. Recebi a notícia quando estava viajando, e quando voltei, ainda em transe, é que vi e percebi a realidade nua e sem rodeios. Conversamos bastante, só que eu não podia abaixar a cabeça que ela ficava preocupada, então resolvi tratá-la normal, como sempre a tratei, sem me preocupar com a diabetes. Aprendi a aplicar a insulina, a fazer os exames, a usar o adoçante e viver o dia-a-dia. Tem dias que eu não consigo, choro muito, longe dela, pois a dor é só minha. Outros dias, ela fica com pensamentos ruins, aí deitamos na cama e rezamos, falamos de Deus e ela acaba adormecendo, neste momento minha tristeza aparece, choro, rezo e acabo dormindo ...”*.

A emoção tomou conta de todas nós e tocou nossos corações, mas ... nosso horário estava terminando, e as responsabilidades com outros afazeres se faziam presentes. Marcamos o próximo encontro e nos despedimos.

Senti pelas expressões de seus rostos e a alegria que emanava dos olhos que o encontro tinha sido proveitoso, proporcionando cuidado e atingindo o desejo ilimitado de sustentar a esperança, objeto de busca de todo o ser humano nos empreendimentos a que nos propomos, e que a energia vulcânica que atormentava cada coração, no momento, havia sido liberada e voado para a liberdade. Pude perceber, neste primeiro encontro, que a dinâmica vivenciada facilitou a abertura do campo de energia e desta maneira, a prontidão para iniciar a nossa caminhada.

Logo depois, senti uma necessidade, vinda lá do fundo do meu mundo interior, de conhecer melhor aquelas crianças com cujos familiares responsáveis pude vivenciar momentos de tão grande sensibilidade. Passei, então, a elaborar, dentro do Princípio de Homeodinâmica de Rogers, o processo vital das crianças diabéticas, que apresento em seguida, traçando inicialmente um perfil de como percebo cada uma delas, de acordo com a energia que me transmitem.

## Isabele

*O ambiente torna-se leve e doce com a presença de Isabele. Ela parece acalentar nossos sonhos de criança, e é muito fácil de ser amada, porque permite o sentir da Vida pulsar em sua infância com uma alegria significativa. É uma menina magrinha, graciosa, de feições meigas com um sorriso que cativa qualquer pessoa. Adora brincar de bonecas, escutar música, e como a maioria das crianças deste aqui-agora, fica horas assistindo televisão. Ao iniciar a pré-escola, gostava muito de estudar. Mais tarde, apresentou dificuldade de aprendizagem, motivo pelo qual chorava muito ao realizar os deveres escolares. Atualmente, cursando o 3º ano do 1º Grau, houve uma melhora com a aprendizagem, melhorando suas notas, em resposta a seu gosto por estudar.*

*Sua mãe, a responsável pelo cuidado domiciliar, é diarista em casa de família e preocupada com as questões econômicas do país. É simpática, alegre, gosta de falar e expressar sua opinião sobre os mais diversos assuntos. Com 24 anos, o 1º grau incompleto, pretende voltar a estudar. Seu maior sonho era o de ela e seu marido, pai de Isabele, conseguirem realizar este desejo, e Isabele de ter, finalmente, um quarto cor-de-rosa.*

*Isabele é filha única, muito mimada pelos pais, avós e demais familiares, e foi um choque para seus pais quando foi diagnosticado o diabetes. Ambos desconheciam totalmente a doença, levando algum tempo para se ajustarem à nova situação. No coração de sua mãe, habita um sentimento de muito amor pela filha e um desejo imenso de que ela encontre a felicidade, sendo esta a força que a impulsiona a buscar novas possibilidades para auxiliá-la a conviver com o diabetes.*

## Processo Vital de Isabele

### Escola

- Início aos 6a. na pré-escola, gostava de frequentar.
- No 2ºano não queria estudar, tinha dificuldade de aprendizagem, as tarefas eram realizadas rapidamente com choro, sem maiores interesses.
- Apresentou notas regulares no 2ºano.
- Atualmente no 3ºano, houve grande melhora de comportamento e de aprendizagem (1998).

### Doenças Infantis

- Caxumba - 6a.
- Hepatite - 7a.
- Vacinas dentro do esquema básico.

### Família

- Pai, 26a., 2º grau, chefe de escritório, não participava do cuidado domiciliar, mas atualmente faz o cuidado domiciliar.
- Mãe, 24a., 1º grau incompleto, diarista, participa do grupo, responsável pelo cuidado domiciliar.
- Renda familiar: 4 salários.

### Nascimento

- Peso: 3,300 Kg
- Estatura: 48cm
- Parto: normal
- Alimentação: leite materno por 5 dias, após Nanon.
- Sentou: 4m.
- Engatinhou: 10m.
- Andou: 1a.2m.
- Falou: 1a.8m.
- Controle esfíncter: 2a.

Isabele

X  
Ambiente

## Processo Vital de Isabele

07.07.97

- Dieta regular.
- DM mau controlada.
- Com gripe.
- Caderno com muitas flutuações.
- Apresentando hiperglicemia intercalado com hipoglicemia.
- Peso: 22,100 Kg.
- Estatura: 116,5 cm.

14.04.97

- Seguindo dieta, mas com dificuldade de se alimentar.
- Refere hipoglicemia durante a noite.
- Respondendo a insulina regular.
- Peso: 22Kg.
- Estatura: 115,8cm.

Lazer

- Brinca de boneca.
- Assiste TV.
- Escuta música.
- Sai pouco para outros passeios, com os pais.

Diagnóstico de  
Diabetes  
15.05.95

- Sintomas: polidipsia, poliúria, polifagia, enurese, nictúria. Não houve internação.
- Peso: 17,200Kg.
- Estatura: 108cm.
- Isabele: Aceitou bem, reclamava de tomar insulina, mas fazia o restante do cuidado domiciliar sem reclamação.
- Mãe: Foi um choque, não tinha ouvido falar da diabetes em crianças.
- Pai: Foi um choque, demorou mais para aceitar, desconhecia a doença.

Isabele

X

Ambiente

## Processo Vital de Isabele



Isabele



Ambiente



### Evolução

- Apresenta mau controle do caderno.
- Abusa na dieta.
- Esquece com frequência de coletar as amostras de urina para os exames.
- Reclama de ser diabética, principalmente no que tange a alimentação.
- Atualmente é o pai que aplica a dose de insulina.

15.12.97

- Bom rendimento escolar.
- Clinicamente com bom controle.
- Caderno com bom controle.
- Peso: 23,500Kg.
- Estatura: 119,6cm.

15.08.97

- Episódio de hipoglicemia.
- Família não relaciona com alimentação ou dose.
- Peso: 23,200Kg.
- Estatura: 118cm.

## Bruna

*Seu arzinho de menina sapeca e seu jeitinho especial de ser conquistaram-me. Ela adora estudar e pretende ser uma engenheira. Bruna é fascinada por carrinhos e possui uma coleção, mas também gosta de andar de bicicleta e brincar de casinha. Sua irmã, Fernanda, é sua companheira nas brincadeiras e as duas, na maioria das vezes, estão sempre alegres e animadas. Fernanda apresentou muito ciúmes, pelos cuidados e atenção dispensados à Bruna, na época em que foi diagnosticado o Diabetes, passando a consumir junto os produtos “diet”.*

*Nas férias, ir para Portugal é sua viagem preferida, onde mora a família de seu pai, já esteve lá várias vezes e sonha em morar definitivamente naquele país. Bruna também participa, na igreja, da catequese, e pretende fazer a primeira comunhão.*

*Sua mãe, com 39 anos, 2º grau completo, ex-bancária, montou uma micro-empresa, para ajudar na renda familiar e ter uma vida profissional própria. Seus objetivos maiores são comprar uma casa, para as meninas terem uma liberdade maior, e aumentar a micro-empresa.*

*Os pais de Bruna preocupam-se com uma educação de qualidade para as meninas, porque sentem que é a maior herança que podem deixar.*

*Bruna é cercada de muito carinho por seus familiares, e se considera uma criança feliz.*

# Processo Vital de Bruna

## Escola

- Início aos 4a.: 1993 - Jardim 1 / 1994 - Jardim 2 / 1995 - pré-escola / 1996 - 1º ano do 1º grau / 1997 - 2º ano do 1º grau.
- Rendimento escolar ótimo.
- Gosta de estudar
- Aprendeu a ler na pré-escola.
- Participa de todas as atividades escolares com prazer.
- Preocupa-se com o futuro, pretende estudar Engenharia.

## Doenças Infantis

- Rubéola - 03m.
- Catapora - 3a.
- Vários episódios de gripes, vômitos e desidratação.

## Família

- Pai, 33a., 2º grau completo, chefe de expedição, participa do cuidado domiciliar.
- Mãe, 39a., 2º grau completo, micro-empresária, participante do grupo, responsável pelo cuidado domiciliar.
- Irmã, 11a., 5ª série do 1º grau, participante do cuidado domiciliar.
- Renda familiar: 18 salários mínimos.

## Nascimento 07.04.89

- Peso: 2,800 Kg.
- Estatura: 47cm.
- Parto: normal.
- Alimentação: leite de vaca.
- Sentou: 7m.
- Engatinhou: 1a.
- Andou: 1a.7m.
- Falou: 1a.2m.
- Controle esfíncter: 3a.

Bruna

X  
Ambiente

# Processo Vital de Bruna

28.04.97

- Esporadicamente com sonolência anormal, período diurno.
- Várias glicosúrias - (negativo)
- Clínica de hipoglicemia
- Ainda ingerindo doces
- Peso: 23,100 Kg.
- Estatura: 122,5cm

08.04.97

- Controle irregular
- Caderno com muitos erros.
- Tontura, alimentação correta.
- Melhora de sintomas.
- Ganho de 1 Kg.
- Peso: 22,800 Kg.
- Estatura: 122,5cm

Lazer

- Brincar de casinha, mas sua paixão é brincar com carrinhos, do qual possui uma coleção.
- Andar de bicicleta.
- Jogos infantis.
- Nadar.
- Gosta de ler livros de histórias.
- Música: samba, infantil, clássica.

Diagnóstico do  
Diabetes  
28.02.97

- Sintomas: hipotímia, hipoglicemia, poliúria, nictúria, emagrecimento.
- IPeso: 21,700 Kg.
- Estatura: 122 cm.
- Reação: apresentou grande euforia por ser necessário uma alimentação diferenciada. Mais tarde questiona quanto ao tempo de sua doença.
- Preocupa-se com o cuidado domiciliar, sempre atenta aos horários. A irmã apresentou muito ciúmes, pelos cuidados e atenção dispensados à Bruna. O pai demorou a aceitar, e a mãe demorou mais ou menos 1 ano para aceitar.
- Não houve internação, estava sob cuidado da tia materna, que encaminhou ao pediatra.

Bruna

X

Ambiente

## Processo Vital de Bruna

28.07.97

- Alimentação boa
- Paciente em fase de lua de mel.
- Caderno com bom padrão.
- Alterando períodos de hipoglicemia com hiperglicemia.
- Solicitado perfil glicêmico a cada 10 dias.
- Peso: 23,500 Kg.
- Estatura: 123,5cm.

23.06.97

- Alimentando-se bem.
- Dieta boa.
- Mãe faz os exames.
- Exames normais.
- Glicemia de jejum elevada, dividida a dose.
- Peso: 23 Kg.
- Estatura: 123cm.

19.05.97

- Clinicamente bem.
- Seguindo a dieta e as orientações.
- Ganho de peso.
- Peso: 23,700 Kg.
- Estatura: 122,8cm

30.04.97

- Amanheceu com vômitos, 3 episódios.
- Apresenta melhora espontânea.

Bruna

X

Ambiente

## Processo Vital de Bruna

### Evolução

- 16.12.97. Paciente com hipoglicemia. Diminuída a dose. Intensa atividade física.
- 16.02.98. Caderno correto, tendendo a hipoglicemia. Alimenta-se bem. Episódios de hipoglicemia com convulsão.
- Peso: 25,600 Kg.
- Estatura: 127,2cm.

17.11.97

- Apresenta tontura e sonolência.
- Aumentada a dose.
- Dieta: orientação para alimentar-se freqüentemente.
- Peso: 24,900 Kg.
- Estatura: 125cm.

13.10.97

- Dieta adequada.
- Caderno feito pela mãe.
- Perfil mostrando hiperglicemia durante o dia.
- Peso: 23,800 Kg.
- Estatura: 125cm.

25.08.97

- Apresenta tremores pela manhã, relacionado com hipoglicemia.
- Controle de caderno com bom padrão.
- Peso: 23,800 Kg.
- Estatura: 124,1 cm.

Bruna

X

Ambiente

## Patrícia

*Patrícia conhece bem o mundo das cores e desenhos, porque diz ser a sua paixão. Quando vem ao ambulatório, traz para mim uma cartinha, um desenho ou um presentinho, expressando desta forma o seu carinho. Como algumas meninas de sua idade, gosta de brincar de bonecas, trocar de roupas e até de costurar para elas, criando “modelitos” surpreendentes.*

*Sempre gostou de estudar, participar das aulas e das atividades extra-curriculares oferecidas por sua escola. Ela ama muito os animais e pretende dedicar-se a eles no futuro como uma bióloga. Seu maior sonho é que encontrem a cura para o diabetes, o câncer e a AIDS, para que as pessoas sejam mais felizes. Mas deseja, também, ter uma casa grande, com um quarto todo branco, onde possa enfeitá-lo com suas bonecas e ursinhos.*

*Sua mãe trabalha muito, preocupando-se com a manutenção da educação da Patrícia. Com 28 anos, 1º grau incompleto, é diarista em casa de família e é a responsável pelo cuidado domiciliar. Seu sonho é também ter uma casa grande, para ter um espaço maior, mas considera que o mais importante é conseguir ingressar Patrícia na Universidade, para que ela tenha uma vida bem melhor e mais tranqüila. Patrícia acredita ser uma criança feliz e cercada de amor.*

## Processo Vital de Patricia

### Escola

- Início: pré-escola, 6a.
- Atualmente: 5ª série do 1º grau, 11a.
- Sempre gostou de estudar, não falta aulas, participa das atividades extra-curriculares na escola com muito prazer.
- Não gosta de ler livros.

### Doenças Infantis

- varicela - 1a.
- Diagnóstico de Ambliopia a partir de 3a. Usa óculos desde 7a., fez tamponamento ocular por 3a. no olho direito.

### Família

- Pai, 38a., técnico em eletrônica, participante do cuidado domiciliar.
- Mãe, 28a., 1º grau incompleto, diarista, responsável pelo cuidado domiciliar, participante do grupo.
- Avó paterna, 52a., analfabeta, servente de limpeza, não participa do cuidado domiciliar.
- Renda familiar: 5 salários mínimos.

### Nascimento 06.03.86

- Peso: 3,480 Kg
- Estatura: 53cm
- Parto: cesariana
- Alimentação: leite materno até 2m.
- Andou: 1a.8m.
- Falou: 1a.
- Controle esfíncter: 1a.8m.

Patricia

X

Ambiente

## Processo Vital de Patrícia

14.04.97

- Sem queixas.
- Mãe refere que não come doces, mas abusa das bolachas salgadas.
- Caderno com glicosúrias altas no final da tarde.
- Peso: 33,500 Kg.
- Estatura: 144cm

31.03.97

- Pacientes com glicosúrias altas no final da tarde.
- Peso: 34,500 Kg.
- Estatura: 143cm

Lazer

- Brincar de bonecas
- Costurar para as bonecas
- Desenhar
- Jogar bola
- Dançar
- Escutar música

Diagnóstico de  
Diabetes  
09.06.95

- Sintomas: poliúria, polifagia, polidípsia, emagrecimento.
- Peso: 25,700 Kg.
- Estatura: 132,6 cm
- Patrícia: relata ter aceitado o diagnóstico sem questionamento, fazendo o cuidado domiciliar sem reclamações, na ocasião.
- Mãe: refere ter aceitado o diagnóstico, sem demonstrar qualquer reação. Apresentou dificuldade em aceitar o cuidado domiciliar.
- Pai: refere ter aceitado o diagnóstico, sem demonstrar qualquer reação.

Patrícia

X

Ambiente

## Processo Vital de Patrícia

### Evolução

- Apresenta resistência quanto ao cuidado domiciliar.
- Anseia pela vinda da menstruação, demonstrando especial interesse pelos cuidados com seu corpo.
- Gosta de freqüentar o ambulatório, onde sente grande confiança na Enfermeira, presenteando-a com cartas, poesia e desenho.
- A avó paterna dissimula a oferta de doces deixando-os em lugares visíveis.

24.11.97

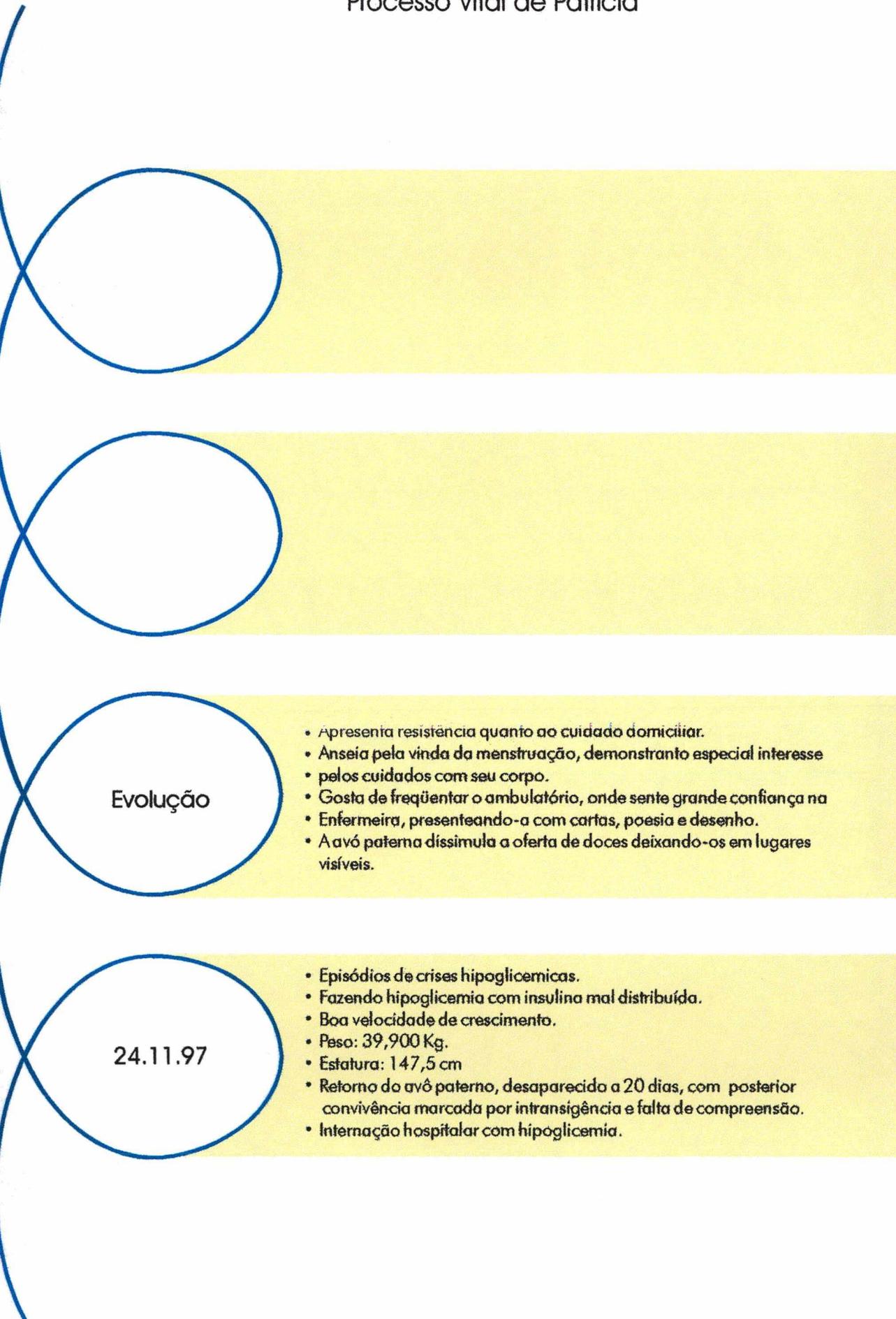
- Episódios de crises hipoglicêmicas.
- Fazendo hipoglicemia com insulina mal distribuída.
- Boa velocidade de crescimento.
- Peso: 39,900 Kg.
- Estatura: 147,5 cm
- Retorno do avô paterno, desaparecido a 20 dias, com posterior convivência marcada por intransigência e falta de compreensão.
- Internação hospitalar com hipoglicemia.

Patrícia

X

Ambiente

# Processo Vital de Patrícia



## Evolução

- Apresenta resistência quanto ao cuidado domiciliar.
- Anseia pela vinda da menstruação, demonstrando especial interesse pelos cuidados com seu corpo.
- Gosta de freqüentar o ambulatório, onde sente grande confiança na Enfermeira, presenteando-a com cartas, poesia e desenho.
- A avó paterna dissimula a oferta de doces deixando-os em lugares visíveis.

24.11.97

- Episódios de crises hipoglicêmicas.
- Fazendo hipoglicemia com insulina mal distribuída.
- Boa velocidade de crescimento.
- Peso: 39,900 Kg.
- Estatura: 147,5 cm
- Retorno do avô paterno, desaparecido a 20 dias, com posterior convivência marcada por intransigência e falta de compreensão.
- Internação hospitalar com hipoglicemia.

Patrícia

X

Ambiente

## Viviane

*De mansinho, com ar distraído, vai chegando Viviane, para mais uma consulta no ambulatório. A princípio, quando não conhece bem uma pessoa, ela é tímida, mas depois torna-se carinhosa. Sempre tem um beijo gostoso para mim, e neste momento fico completamente envolvida pelo seu carinho. Ela é uma menina alta, charmosa e muito bonita. está sempre bem vestida, bem penteada e com um batom nos lábios.*

*Viviane tem duas amigas que freqüentam sua casa diariamente ao final da tarde. É nesta hora que brincam, escutam música, dançam pagode e samba. Pela manhã assiste a televisão, após fazer os deveres da escola. Também gosta muito de ler revistinhas e os livros recomendados pela escola. O que ela não gosta de fazer é arrumar o seu quarto, o que é um motivo constante de discussão com sua tia. Seu maior desejo, no momento, é ter um quarto com banheiro, só seu, o que está sendo construído na casa de seu pai.*

*Cursando o 5º ano do 1º Grau, após o 2º bimestre melhorou muito as notas escolares, não faltando às aulas, recebendo elogios por parte dos professores. Pretende ser professora ou médica, não tendo ainda uma opinião suficientemente clara. Quer começar a trabalhar em lojas do comércio, para ter seu próprio dinheiro, e andar mais bem vestida.*

*Viviane mora com sua tia desde os sete anos, quando a mãe faleceu, e, apesar de sentir muito a falta da mãe, gosta de morar com a tia que é a responsável pelo cuidado domiciliar, e a acompanha nas consultas ambulatoriais e internações hospitalares.*

*Sua tia materna é uma morena alta, que fala bastante, e conta as situações nos mínimos detalhes, prendendo totalmente a atenção de quem escuta. Com seus 41 anos, 2º grau completo, trabalha em uma instituição pública como telefonista, sentindo muito prazer no que faz. É muito dedicada a Viviane. e a trata como uma filha. e sendo sua companheira em todos os momentos.*

## Processo Vital de Viviane

### Escola

- Início aos 6a. no 1º ano (1992).
- Rendimento bom, alegre, gostava de estudar, adorava ir na escola.
- Época de vários internamentos por convulsões.
- A tia era acompanhante nas internações, mãe não ficava no hospital por ser muito nervosa.
- Reprovação na 2ª série e na 5ª série do 1º grau.

### Doenças Infantis

- Sarampo - 7a.
- Varicela - 7a.
- Catapora - 2a.
- Crise convulsiva generalizada de difícil determinação - 1a

### Família

- Pai, 46a., 1º grau incompleto, servente, participa do cuidado domiciliar, casado novamente após óbito da 1ª esposa.
- Mãe, 38a., 1º grau incompleto, doloar, óbito em 15.01.93.
- Irmão, 22a., 1º grau completo, segurança, não participa do cuidado domiciliar, depois de casado ignora a Viviane.
- Tia (materna), 41a., 2º grau completo, funcionária pública, telefonista, responsável pela Viviane após o óbito da mãe, participa do grupo, responsável pelo cuidado domiciliar.
- Renda familiar: 9 salários mínimos.

### Nascimento 05.10.85

- Peso: 3,850 Kg
- Estatura: 49cm
- Parto: normal
- Alimentação: leite materno até 8m.  
Engatinhou: não
- Andou: 10m.
- Controle esfíncter: 1a,2m.

Viviane

X

Ambiente

# Processo Vital de Viviane

## Evolução 1997

- Rendimento escolar: reprovação na 5ª série.
- Não apresenta reação nenhuma pela reprovação.
- Pior ano referente a apatia, depressão.
- Não quer continuar com a psicóloga.
- Não quer fazer o cuidado domiciliar,
- Dieta com sérias transgressões, come de tudo e escondido.
- Demonstra muito carinho com a enfermeira, escreve bilhetes.

## Lazer 1997

- Brinca com amigas de boneca.
- Gosta de música e programas infantis na TV.
- Anda de bicicleta no bairro.
- Dia das mães leva flores no cemitério e presenteia a tia.
- Reza missa no aniversário da mãe.

## Evolução 1994 - 1996

- Rendimento escolar: regular.
- Sente muita falta da mãe, chora muito.
- Escreve bilhetes para a mãe, leva ao cemitério.
- Familiares tornam-se mais distantes, brigam muito com Viviane, dizem que não gostam dela, desejam que a tia use de agressão física.
- Apresenta apatia, não interesse pelo cuidado domiciliar.
- Mau controle diabético.
- Não respeita a dieta, come doce escondido.
- Retira-se da convivência dos amigos.
- Apresenta depressão.

## Diagnóstico de Diabetes 28.10.93

- Sintomas: mal estar geral, começa a urinar na cama, bebe muita água, sente muita fome, perda de peso em torno de 5Kg, coma diabético, internamento de 1 semana.
- Idade: 7a., não apresentou reação ao saber do diagnóstico.
- Controle irregular, recebe novas orientações, necessita ser lembrada do cuidado domiciliar.
- Época de várias internações por convulsões.
- Reprova na escola, 2º ano.
- Óbito da mãe.
- Apresenta grandes dificuldades emocionais.

Viviane

X

Ambiente

# Processo Vital de Viviane

19.01.98

- Come doce com frequência.
- Alta dose de insulina.
- Glicemias elevadas.
- Não aceitação da doença.
- Peso: 57.200Kg.
- Estatura: 161.5cm.

Internamento hospitalar.

13.10.97

- Controle irregular.
- Reforçada a orientação alimentar.
- Peso: 57Kg.
- Estatura: 160cm.

22.09.97

- Completo descontrole alimentar.
- Fazendo uso de insulina em altas doses.
- Encaminhada para nutrição
- Peso: 56.3Kg.
- Estatura: 160cm.

Retorno para verificar o caderno.

02.06.97

- Rendimento escolar regular.
- Dieta: irregular.
- Controle do caderno: ruim.
- Peso: 54,6Kg.
- Estatura: 156.6cm.

Viviane

X

Ambiente

## Rafael

*Rafael é um típico adolescente desta geração, usando roupas bem típicas da idade, é alto, cabelos crespos e uns olhos maravilhosos ,o que faz as meninas ficarem encantadas. Ele está sempre sorrindo ,e conquista a todos pela simpatia e seus modos educados. Em seu olhar podemos notar perfeitamente o seu desejo de conhecer o mundo. Seus divertimentos prediletos são: soltar pipa, andar de patins e tocar bateria, em um conjunto musical do qual faz parte.*

*Sua maior dificuldade é estudar, e tem um rendimento escolar baixo, mas adora trabalhar e ganhar seu próprio dinheiro. Tem um irmão mais velho e duas irmãs, que sentem muito ciúmes, por considerarem que o Rafael tem privilégios em casa, por ter diabetes.*

*Sua mãe é quem faz todo o serviço de casa, e atende a família em todas as necessidades. É uma pessoa muito simples, e se dirige aos outros com educação e humildade. É responsável pelo cuidado domiciliar ,e demonstra uma preocupação constante com o Rafael, principalmente no que tange a drogas e más companhias. Com 45 anos, 1º grau incompleto, atualmente é vendedora de roupas, desenvolvendo esta atividade em sua própria casa. Também trabalha como manicura e pedicura, a domicílio. Seu objetivo é continuar a trabalhar, e criar uma vida própria, como ela mesmo se expressa... “estou cada vez mais tomando consciência de minha própria vida”.*

## Processo Vital de Rafael

### Escola

- Início aos 6a. na pré-escola
- Rendimento escolar regular, reprovação no 2º ano e 6º ano.
- Não gosta de estudar, apresenta problemas de faltas, os pais são chamados constantemente na escola por conversar muito em aula.
- Prefere trabalhar do que estudar. Acredita que com o trabalho aprende mais.

### Doenças Infantis

- Sarampo - 10a.
- Caxumba - 7a.
- Varicela - 7a.
- Catapora - 1a.

### Família

- Pai, 42a., 1º grau incompleto, fiscal de obra, não participa do cuidado domiciliar.
- Mãe, 45a., 1º grau incompleto, doloar, responsável pelo cuidado domiciliar, participa do grupo.
- Irmão, 20a., 2º grau, vendedor, não participa do cuidado domiciliar.
- Irmãs, 16a., 2º grau, secretária, não participa do cuidado domiciliar.  
8a., 3ª série do 1º grau, não participa do cuidado domiciliar.
- Renda familiar: 3 salários.

### Nascimento 07.06.83

- Peso: 3,860 Kg.
- Estatura: 52cm.
- Parto: normal, de cócoras.
- Alimentação: leite materno até 1a.
- Sentou: 4m.
- Engatinhou: 8m.
- Andou: 9m.
- Falou: 1a.
- Controle esfíncter: 1a.

Rafael

X

Ambiente

# Processo Vital de Rafael

Evolução  
1997

- Paciente com controle ruim.
- Aceleração VC
- Episódio de hipoglicemia
- Peso: 45,300 Kg.
- Estatura: 157 cm.

15.09.97  
14a.3m.

- Rendimento escolar ruim.
- Dieta somente sem açúcar.
- Dose de insulina mau distribuída e baixa
- Melhora da VC
- Peso: 40,60cm
- Estatura: 151cm

19.05.97  
13a.11m

- Paciente alternando hiperglicemia e hipoglicemia.
- Apresenta mau controle, com perda de estatura, podendo estar hipoinsulínizado.
- Dieta restritiva.
- Orientação a mãe quanto a importância da alimentação.
- Peso: 38,600 Kg.
- Estatura: 148,9 cm.

Diagnóstico do  
Diabetes  
10.02.92

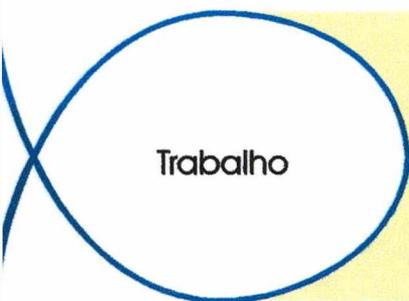
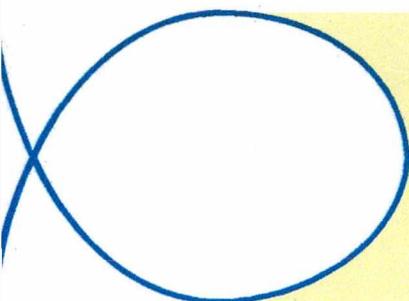
- Sintomas: fraqueza, mal estar, náuseas, polidipsia, poliúria, enurese.
- Internação por 4 dias.
- Início de insulina com dose única diária.
- Peso: 22,300 Kg.
- Estatura: 127,5 cm.
- Rafael: Pensava que era doente só no momento. Ficou chocado quando soube que seria crônica. Espera a cura para o diabetes.
- Pais: Não sabiam como reagir, ficaram desesperados pois ignoravam que o diabetes pode ser controlado.
- Irmãos: Sentem muito ciúmes, mas se preocupam.

Rafael

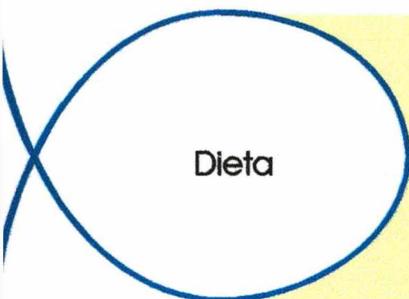
X

Ambiente

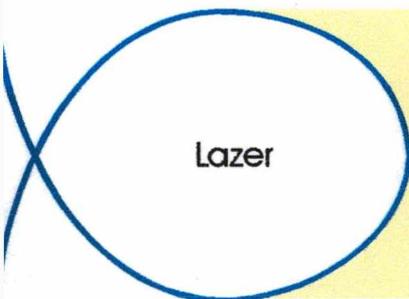
## Processo Vital de Rafael



- iniciou a trabalhar em fevereiro de 1998 como office-boy, está gostando muito, principalmente porque está tendo uma certa liberdade financeira. Mas aos poucos está deixando de se preocupar com os estudos



- A mãe no domicílio é muito rigorosa quanto a a limentação.
- Paciente não quer a alimentação oferecida no domicílio, prefere comer o que os amigos comem.



- Andar de bicicleta.
- Andar de skate e roller.
- Jogar bola.
- Sair com a turma para um bate-papo, soltar balão.
- Amigos sabem que é portador de diabetes, ajudam quando é necessário.



## 5.2. O encontro de novos laços

A partir desse primeiro encontro, ficou notório que os próximos eram ansiosamente esperados pelas participantes do grupo, ou seja, pelo adulto familiar responsável. Eram momentos considerados especiais, pois sempre repetiam:

- *“Este é um momento só nosso. Aqui podemos falar e perguntar o que temos vontade, sem receber crítica de outras pessoas.”*

O princípio da integralidade forneceu-me as bases conceituais para compreender a dinâmica das relações dos familiares responsáveis pelas crianças diabéticas e seu meio ambiente (interno e externo), levando-me a detectar onde e quando aconteceu a perda da integridade sincrônica e recíproca desta relação. Apesar de serem sérias as situações abordadas, a alegria estava sempre presente, e o comparecimento era total. Entrei no campo energético de cada uma delas, o que permitiu, aos poucos conhecer a realidade do cuidado domiciliar de cada criança diabética, por saber de situações que normalmente não são contadas no horário de consulta médica e de enfermagem.

Transportei-me para cada situação relatada e coloquei-me no lugar do “outro” para uma melhor compreensão dos fatos. Respeitei sempre cada situação relatada, por ser única, para aquele ser humano, que procurava manter seu campo de energia aberto, sem restrição, e pronto para qualquer probabilidade e possibilidade. Lembrei-me das belas palavras de Boff (1997), quando fala que *“o ser humano separa uma parte do mundo para moldá-la do seu jeito e construir um abrigo protetor e permanente. O ser humano está sempre tornando habitável a casa que construiu para si”*. Sentia o mesmo, em relação ao grupo, pois estávamos construindo o nosso próprio ambiente, com dinamismo, liberdade, amor e, o que era mais importante, com transparência. E, por tudo isso, sentíamos compor uma totalidade.

Ao começarmos a trabalhar no levantamento dos problemas, abriram-se novas possibilidades de entendimento sobre o cuidado domiciliar, como transcorre esse cuidado em sua

realização cotidiana, e como é percebido pelo adulto familiar, o que possibilitou agrupá-los conforme o grau de dificuldade, que apresento em seguida:

Consideravam difícil	{	<ul style="list-style-type: none"> <li>• leitura de exames</li> <li>• aplicação de insulina</li> <li>• tabu sócio-cultural</li> </ul>
Consideravam regular	{	<ul style="list-style-type: none"> <li>• alteração de dose de insulina</li> <li>• planejamento da dieta</li> <li>• fator econômico</li> </ul>

O adulto familiar mostrou ter dificuldade em fazer a interconexão da leitura com a alteração de dose de insulina. Se a primeira é considerada difícil e a outra regular, a interdependência de ambas não é completa. Só se altera a dose de insulina a partir da correta leitura dos exames de urina. Na verdade, ele vê primeiro uma situação e, após, a outra. A percepção é por partes, e não no todo. Esta abordagem, entretanto, envolve algumas situações relatadas pelo grupo como:

- Dificuldade da criança em acordar pela manhã, para a coleta de amostra de urina para exames.
- Dificuldade emocional, por parte do familiar responsável, por ter que acordar a criança (pena).

- Realização diária dos exames, o que causa *stress*.
- Dificuldade na leitura dos exames.

Conforme explicação do próprio grupo, o adulto sente muita pena em acordar a criança, associado a um sentimento de culpa. Esta dificuldade parte da idéia de que a criança deve dormir até mais tarde, e que este acordar estaria roubando parte de sua infância. Para a abertura desta nova vida com a criança diabética, o adulto familiar precisa de extraordinária coragem e força; precisa de energia, compromisso e carinho, e entrelaçar-se em relacionamentos de apoio. Tudo isso é difícil de ser enfrentado mas, na verdade, está presente e necessita de muita compaixão, sem perder a perspectiva da expansão da alegria e da própria vida, o que reporta às palavras de Boff (1997) “... *sem solidariedade, sem compaixão e sem sinergia, ninguém recupera as asas da águia ferida que carrega dentro de si*”.

No que se refere ao tabu sócio-cultural, este é um condicionamento vivido por todos. O desconhecimento da doença prejudica o entrosamento da criança na sociedade, e favorece a manifestação de padrões de censura, medo e rejeição. Os tabus mais relatados pelo grupo, sejam na família, na escola, na sociedade ou no mercado de trabalho, no caso de adolescentes, foram:

- é uma doença incurável
- desconhecimento sobre a doença
- desconhecimento das possibilidades de tratamento
- medo de contágio
- baixo poder aquisitivo

Estas atitudes colocam, tanto a criança como a família, em situação de constrangimento, e neutralizam a possibilidade de troca em convivência, conforme demonstram em suas falas:

- *“O preconceito com as crianças diabéticas é muito grande”.*
- *“Às vezes, as pessoas passam dos limites, tratam como se ela não fosse normal”.*
- *“Eu gostaria muito que as pessoas a tratassem normalmente, e não como estorvo”.*

A clara demonstração de tabus no cotidiano da criança diabética é visivelmente percebida devido à relutância para serem convidadas para festinhas de aniversários, o ingresso em determinadas escolas, a recusa de professores de liberarem a ida freqüente ao banheiro durante as aulas, ou para evitar os exercícios físicos nas aulas de Educação Física. Estes são alguns exemplos, e existem outros, que deixam de incluir a criança no campo de energia global do Universo. Tendem a torná-la sistema fechado, bloqueando suas possibilidades na teia de interdependência com outros seres e com o meio ambiente externo.

O planejamento da dieta representa um desafio, com o qual o adulto familiar luta constantemente. A criança portadora de diabetes convive num ambiente exterior, onde está freqüentemente recebendo as mensagens dos meios de comunicação, dentro de uma visão consumista. Para a mídia, o que interessa é vender o produto que anunciam, e aí atingem diretamente as crianças, vítimas das mensagens subliminares que são transmitidas pela televisão, revistas, músicas, etc. Toda esta situação gera conflito no ambiente doméstico, fazendo com que o adulto familiar responsável, ou mesmo os outros membros da família, vivencie sentimentos de pena e de culpa. Este conflito pode ser percebido durante as discussões, quando as participantes do grupo, expressaram o que é ter filhos diabéticos:

- *“Sinto-me muito triste, por ela, porque ter uma vida controlada, limitada, sem opção, não é fácil. Não pode comer isso, não pode fazer aquilo. As modelos fazem regime para não engordarem e não perderem o emprego, e a gente acha normal. Mas há dias que, ao levantar da*

*cama , pergunto-me por que isso aconteceu, por que tem de ser assim? Quando ela está cheia de tudo, e chora para tomar insulina, reclama dos exames, então é muito difícil, e a cada picada dói muito em mim, que sou mãe. Mas tenho que ser forte e passar segurança para ela, mostrar que é normal, dizer que é para o seu bem, sem ao menos, eu mesma saber o que está acontecendo direito. Tem dias que eu choro, e quando como algo doce me sinto culpada, sendo que ela não pode comer. ”*

- *“É possível levar uma vida normal e mais natural. Podemos viver sem adoçar nosso organismo e sem maus hábitos alimentares”.*

- *“Me sinto culpada ao comer doce, sabendo que ela não pode”.*

O sentimento de culpa está sempre presente no adulto familiar, no que se refere a: não permitir doces, aplicar insulina, colher amostra de urina, etc, o que abrange, a totalidade do cuidado domiciliar. Dentro do sistema de energia, ele se torna um fenômeno de caráter fechado, conforme transparecem , quando perguntei ao grupo o que sentiam em relação à culpa:

- *“É um sentimento muito íntimo, que vem de dentro, não colocamos para fora, só fica com a gente, não gostamos de dividi-lo com ninguém e também não admitimos que o sentimos”.*

O aparecimento da doença é fator que repercute negativamente no contexto sócio-econômico, pelo aumento de despesas na família. Os altos preços dos produtos “diet”, como também do material necessário para o cuidado domiciliar (glucosímetro, fitas, seringas, agulhas, insulina, glucagon), leva o adulto familiar a sentir desespero em relação ao cuidado domiciliar, o que, para Rogers, poderia ser explicado como relações desarmônicas entre os campos humanos (familiares) e o ambiente externo (microcosmo), o que vem a gerar interferências dissonantes e, conseqüentemente, disritmias nos padrões de ondas de ambos os campos (Silva, 1990).

A compreensão das disritmias presentes no mundo interior e externo dos familiares foi possibilitada por meio do princípio de ressonância de Rogers, para nortear o cuidado no sentido

de restabelecer o curso rítmico de suas relações com o ambiente, pela superação do que consideravam limites intransponíveis, da aquisição de novos conhecimentos, e até pela incorporação de novos valores pessoais e sociais.

Vivenciando sentimentos, empatias, emoções e bem-estar grupal, demonstrados pela seqüência de telefonemas entre as participantes, os encontros possibilitaram a descoberta de desafios, o intercâmbio entre o modo de ser/agir, o religamento da figura paterna ao cuidado domiciliar. E assim, esse grupo criou força e corpo, expresso da seguinte forma:

*- “O grupo é muito proveitoso, é onde sanamos nossas dúvidas e aprendemos novos métodos (mais eficazes), aprendemos a conviver com os problemas, com calma, e temos alguém para nos ouvir, uma enfermeira (amiga) e outras mães, e que nos dão uma palavra amiga, um conselho, sempre com muita boa vontade. No começo, quando descobrimos a diabetes em nossos filhos, o choque é muito grande, tudo parece que vai desmoronar: então, encontramos outras pessoas que ajudam, e tudo começa a voltar a caminhar, e, nós, a termos vontade de continuar”.*

### **5.3. Dissolvendo barreiras**

Para exemplificar o religamento da figura paterna das crianças diabéticas, segue aqui relatada uma das situações que aconteceu, e que foi considerada como muito especial:

*- “Quando foi diagnosticado o diabetes de sua filha, ambos os pais compareciam às consultas ambulatoriais. Ambos receberam as orientações para o cuidado domiciliar. No cotidiano, este cuidado ficou sob a responsabilidade da mãe, porque o pai passou simplesmente a ignorar. Ignorava até quando havia necessidade de comprar um frasco de insulina. Até que um dia ... a criança entrou em hipoglicemia grave. A mãe, após realizar todas as orientações recebidas para estes casos, sentiu-se em pânico e ligou para minha casa. Pela descrição do caso,*

*havia necessidade de aplicar a injeção glucagon, e encaminhar a criança para o Hospital. Senti ser a oportunidade de religar novamente este pai ao cuidado domiciliar. Solicitei à mãe que chamasse ao telefone, e comecei a orientá-lo no preparo da medicação. Ele repassava as orientações recebidas de mim, para a mãe. No final, a criança recebeu a medicação aplicada pela mãe, sob as orientações do pai, e pedi ao mesmo que providenciasse transporte para o encaminhamento ao Hospital. A partir de então, o pai participa do cuidado domiciliar constantemente, e começou a comparecer às consultas ambulatoriais periodicamente”.*

Na verdade, a valorização da atitude deste pai foi a chave que ele necessitava para uma nova mudança de atitude, e uma abertura à Vida, com suas inúmeras possibilidades.

A vida é perfeita, é uma viagem que percorre caminhos rumo a um destino. À medida que viajamos na vida, que deixamos que ela nos toque profundamente, aprendemos a ver a alegria, a compaixão, a solidariedade, o amor e permitimo-nos acolher todas as coisas, adquirindo o que chamamos de experiência de vida. Apreendemos esta experiência no desenrolar de uma sucessão de estágios, o que pode ser percebido tanto na criança diabética como no adulto familiar, a após o diagnóstico da doença. No início, forma-se uma imagem confusa, com medo e dor, mas, lentamente, tudo vai clareando-se. À medida que novas experiências são compreendidas, é que vamos restabelecendo o curso rítmico e harmônico do nosso processo vital.

Esta caminhada é percebida após o diagnóstico do diabetes, tanto na criança, como no adulto familiar. A sucessão de estágios ocorre de forma semelhante: de início forma-se uma imagem equivocada e confusa, com horizontes limitados, medo do futuro, o sufocar de sentimentos antagônicos, a responsabilidade das encruzilhadas e do decidir. Aos poucos, como qualquer caminho, surge o período de educação e aprendizagem, frustrações a serem superadas, as incompreensões dos familiares, o afastar-se dos amigos, as técnicas e as formas de disciplina cotidiana no cuidado domiciliar, idas e vindas à rede hospitalar, a representação de diversos papéis - ora como protetor e ora como disciplinador. Mas, também, as conquistas: o florescimento da paciência, compreensão e bondade, fracassos superados, o emergir da coragem, da busca e do enfrentamento.

Cada estágio contribui para a experiência e a aceitação, e suaviza o peso da vida cotidiana, construindo uma ponte para a possibilidade no desenrolar da Vida.

O grupo não conseguia entender o porquê de seus filhos serem portadores de diabetes. Uma das participantes perguntou se o fato de ela ter tomado duas injeções de glicose, durante a gestação, havia sido a causa do aparecimento de diabetes em seu filho. Ela havia carregado esta culpa durante anos, e foi só no grupo que criou coragem para expor sua dúvida. Sugeri, então, que cada uma construísse a árvore genealógica de sua família, e identificasse todos os parentes que fossem portadores de diabetes. Houve uma dedicação fantástica nessa tarefa, e a intenção era de mostrar-lhes que seus filhos herdaram o diabetes, tendo em vista que a probabilidade de desenvolverem a doença ser pequena em termos estatísticos. E que há outras pessoas no mundo com a mesma doença, e até mesmo em suas próprias famílias. Ao explicar esta situação, o objetivo foi de avaliar o sentimento de culpa que estava sempre presente em seus corações, atormanendo-as.

Justifico esta proposta a partir do princípio da helicidade de Rogers, que, para a autora, representa a ritmicidade e o processo vital, o qual contempla previsões probabilísticas, tendo em vista a prevenção de desarmonias futuras nas relações entre os campos humanos e o ambiente (Silva, 1990). É por meio deste princípio que o enfermeiro tem a possibilidade de conhecer os antecedentes históricos, e estabelecer o curso probabilístico da evolução dos processos vitais dos seres unitários sob seus cuidados, como bem coloca Rosa citado por Silva (1990).

Assim, ao construirmos a árvore genealógica (fig. 04 a 08) de cada família dos participantes do grupo, isto despertou também o interesse de outros membros familiares, para participarem da pesquisa e, conseqüentemente, o interesse pelo cuidado domiciliar. Esta dinâmica propiciou uma união familiar, havendo motivação por parte dos pais das crianças em participarem dos encontros do grupo. Isto demonstrou que houve o rompimento da barreira do campo energético, propiciando uma aproximação e troca de energia. Simultaneamente, surgiu a não aceitação, por parte do grupo, da participação dos pais nos encontros; elas alegaram que não se sentiriam à vontade para falar das experiências que estavam vivenciando, de uma maneira tão descontraída.

Nas árvores genealógicas apresentadas nas figuras 04 a 08, os retângulos de cor azul representam os seres unitários portadores de diabetes, e os de cor amarelo, os não portadores da doença no microsistema familiar.

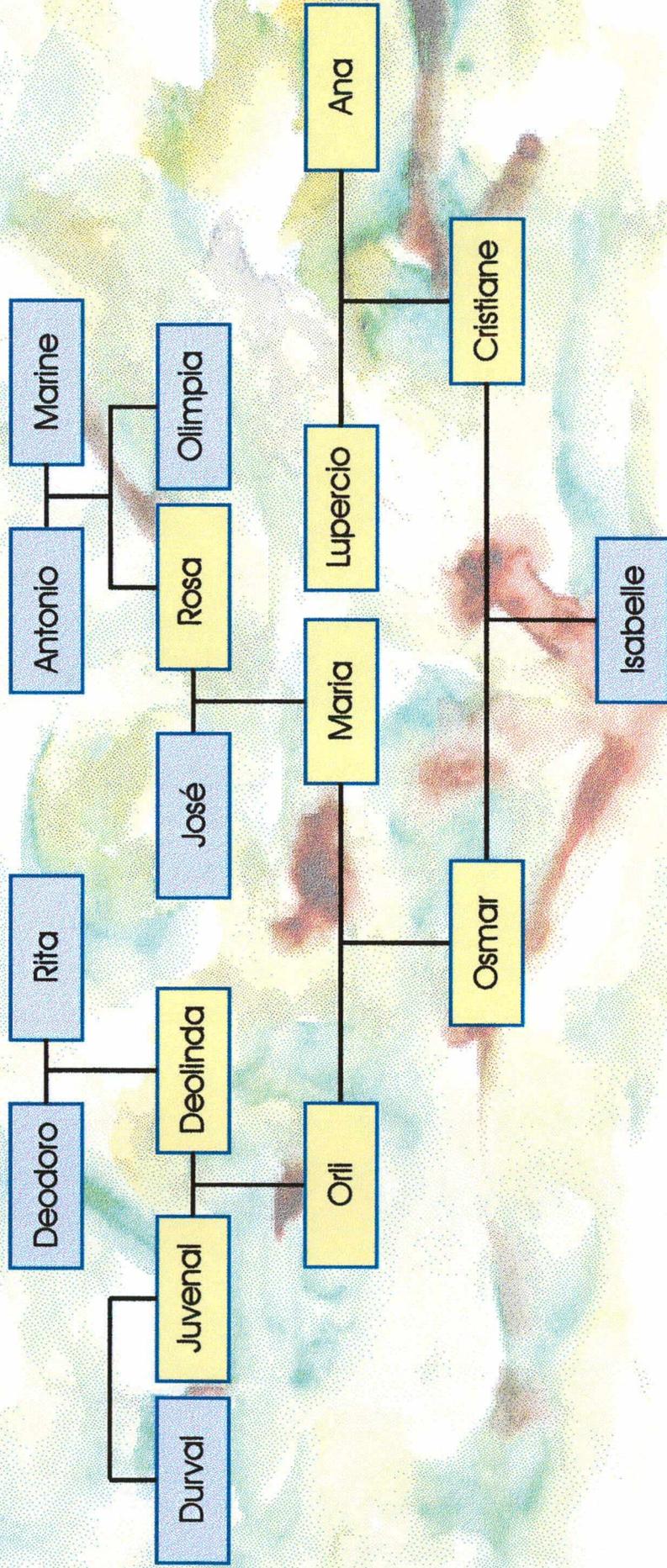


Figura 04 - Árvore Genealógica da Isabelle.

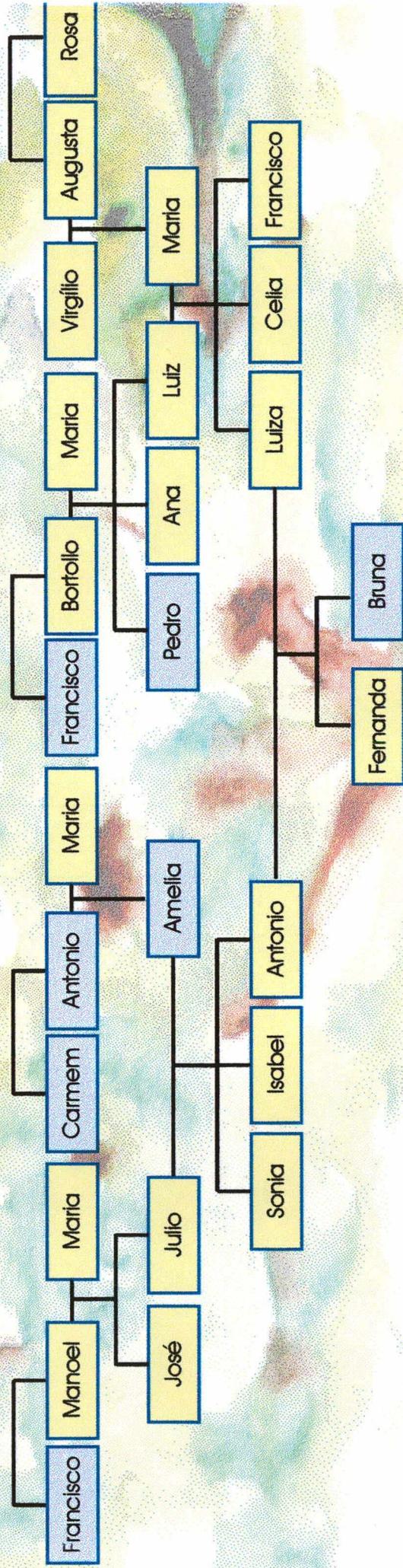


Figura 05 - Árvore Genealógica da Bruna.

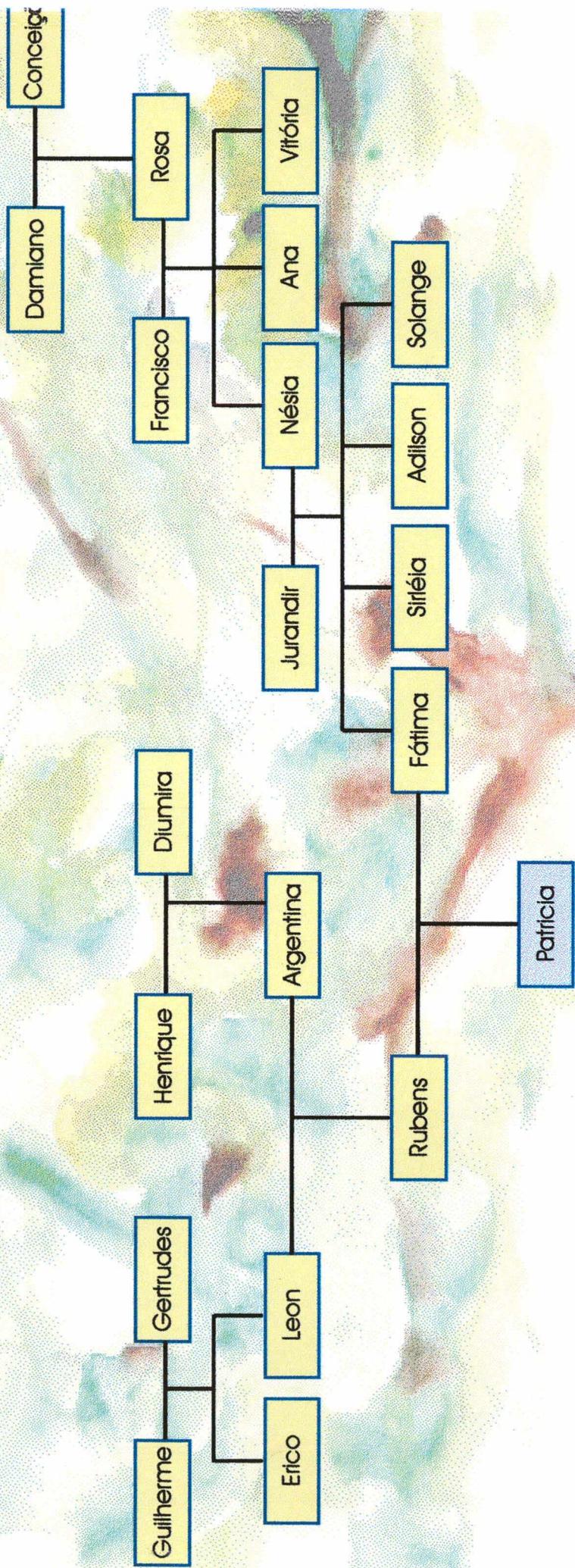


Figura 06 - Árvore Genealógica da Patricia.

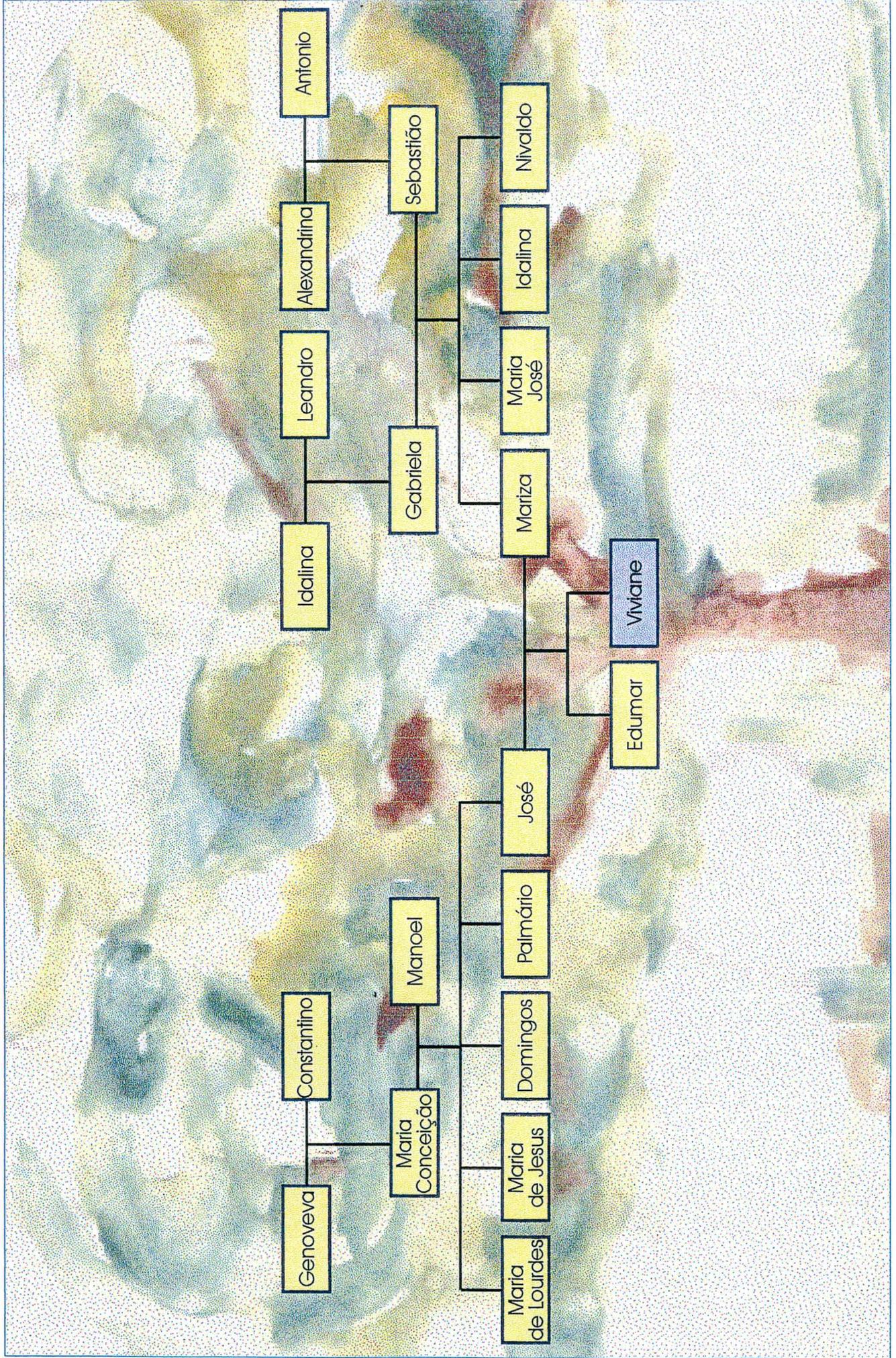


Figura 07 - Árvore Genealógica da Viviane.

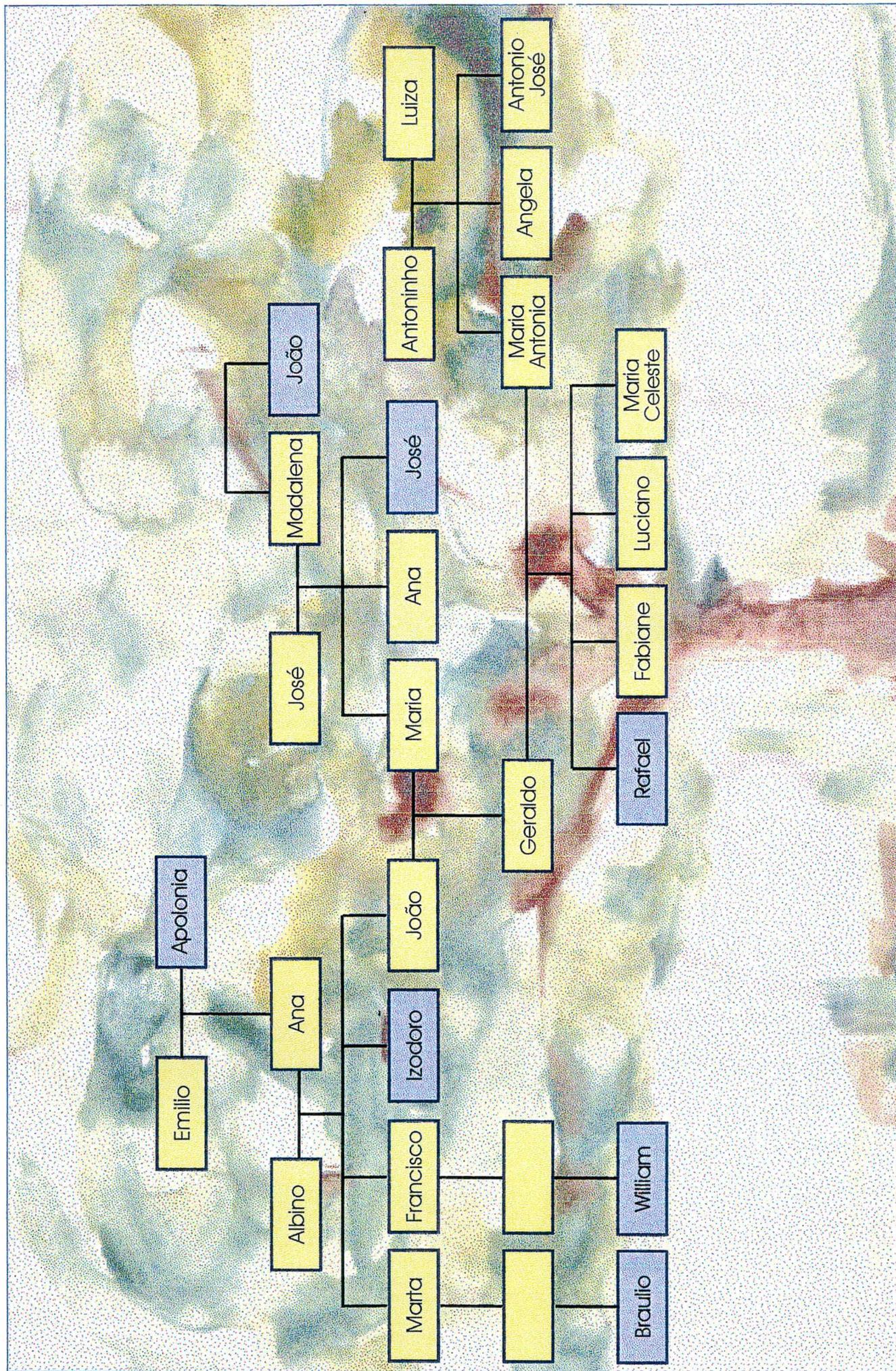


Figura 08 - Árvore Genealógica do Rafael.

Na continuidade dos encontros, para esclarecer as dificuldades levantadas, citadas anteriormente, busquei novas possibilidades. Para facilitar a aplicação de insulina, conforme o sistema de rodízio, foi colocado em experiência o seguinte: um boneco, confeccionado de cartolina em frente e verso, ficaria preso na porta da geladeira por um ímã. Diariamente, seria marcado a lápis o local usado para a aplicação da insulina. A idéia foi bem aceita pelas crianças e pelas participantes do grupo, que me prepararam uma carinhosa surpresa, ao dar ao boneco o nome de Léo (é assim que as pessoas mais chegadas me chamam). Este momento foi aproveitada para uma reorientação quanto ao método de realização dos exames de glicosúria e cetonúria, leitura dos resultados, e alteração de dose de insulina, pré-determinada pela equipe médica.

No decorrer dos encontros, que o grupo continuava envolto em uma troca positiva de energia. Para cada encontro, uma participante testava em casa uma receita, e trazia o prato para que o grupo o experimentasse. Ficou estabelecido que cada uma teria uma tarefa de casa, o que variava, desde procurar receitas novas, verificar produtos e preços nos supermercados, entrar em contato com indústrias de alimentos “diet”, observar suas atitudes no cuidado domiciliar, pensar sobre sentimentos discutidos, dividir o cuidado domiciliar com outros membros familiares. As tarefas eram realizadas com seriedade, e todas manifestavam a satisfação, quando relatavam às outras participantes do grupo como as tinham executado.

#### **5.4. Estabelecendo um novo curso rítmico de relações**

No início da primavera, uma brisa dançava suave no ar, o sol claro aquecia e iluminava a vida, como querendo dar as boas-vindas para a mais profunda essência do ser. Foi com esta percepção que cheguei à Unidade, para mais um encontro com o grupo. Encontrei o grupo em conversa a respeito das maneiras como se vestiam e o modo de ser de cada uma, considerando a possibilidade de uma mudança de hábitos. Os desejos pessoais manifestados, que até então permaneciam adormecidos, pode-se constatar na citação:

- *“Por que você está sempre arrumada, bem vestida e perfumada? O que podemos fazer para sermos assim também?”*

Na maioria das vezes, o vestuário habitual das participantes do grupo era calça *jeans*, camiseta e tênis. Não usavam pintura no rosto, ou um adorno, para serem mais graciosas. Então ... começamos a trabalhar a auto-estima, abordando questões sobre: valores, modo de vida, maneira de vestir, sexualidade e o papel da mulher no mercado de trabalho, em todas as dimensões: corporal, mental e espiritual.

A discussão sobre esses assuntos desenvolveu-se durante vários encontros: houve troca de revistas de moda, o imaginar-se diferentes, como tomar um banho prazerosamente, uso de shampoo, uso de batom, uso de sapatos, perfumes, etc.

... Surpresa! ... Mudaram seu estilo de vestir e aboliram o tênis do uso diário, passando a usar sapatos. Ainda vejo o reflexo desses encontros quando comparecem à Unidade.

Nas discussões sobre sexualidade, era evidente a necessidade das participantes falarem de suas próprias experiências, e me vi submersa na vida íntima de cada uma. Senti que meu campo de energia se fechou, devido à responsabilidade que estava tendo que assumir. Elas estavam obtendo, com a dinâmica, mudanças de valores que atingiam a vida de todos os membros familiares. Novos estados de consciência emergiam de cada uma. Estariam resgatando necessidades e desejos adormecidos? Até onde teria o direito de interferir e influenciar a vida das pessoas? Considerei a possibilidade de desistir de tudo, calar-me, esconder-me e deixar o rio simplesmente correr, pois não esperava que os encontros tomassem este rumo, causando-me momentos de tensão.

Esta sensação de perplexidade e medo, somada a fatores externos, relativos a outras necessidades vivenciadas, impulsionaram-me a criar novamente uma abertura no campo energético para este desafio transformador, já que havia me proposto compartilhar com o grupo todas as suas experiências prováveis, tendo como base os estudos de Rogers (1976), quando postula que o homem vive em um Universo probabilístico e, conseqüentemente, está sujeito às leis da probabilidade.

No desenrolar das discussões sobre auto-estima, emergiu o tema sobre a força do trabalho da mulher na teia da vida, já que a maioria trabalhava fora. No grupo, só uma das participantes

vivenciava seu cotidiano como dona-de-casa, voltando-se para manter a limpeza, cozinhar, lavar roupas e cuidar do marido e filhos até nas suas menores necessidades. Apresentava ela uma enorme insatisfação por não ter uma vida profissional, o que mobilizou o grupo a expressar-se sobre o assunto. Após várias discussões, esta participante foi mudando sua maneira de prover tudo a seus familiares, e aprendendo a delegar algumas tarefas, e voltar sua energia para desenvolver seu eu criativo. Pouco a pouco começou a pensar mais em si, avaliando o equilíbrio entre dar e receber. Esta situação foi expressa por ela na seguinte fala:

- *“Pareço uma adolescente, descobrindo coisas e abrindo-me para uma nova consciência”.*

Hoje, ela trabalha como manicura e é vendedora de roupas, sentindo-se cada vez mais feliz e realizada.

Neste momento, ficou comprovada a importância do princípio da helicidade, posto que Rogers afirma que as mudanças dos padrões do campo humano e ambiental são contínuas, inovadoras e probabilísticas e, principalmente, caracterizadas por crescentes diversidades e manifestadas por uma ritmicidade não repetitiva (Falco; Lobo, 1993). A helicidade postulada por Rogers, que aponta em direção de mudanças que ocorrem entre os campos humano e ambiental, foi desvelada claramente quando compartilhei, com essas mulheres/familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar de crianças diabéticas, as mudanças que ocorriam nos seus mundos interior e exterior.

Um desejo das participantes do grupo era de reunir os pais e as crianças diabéticas para um encontro fora do ambiente da U.E.P. Decidimos por um piquenique, por apresentar menor custo econômico. Sonhamos com um lindo dia de sol, para desfrutarmos este momento de lazer. Escolhemos o Parque Barigüi, localizado em uma área onde a natureza é privilegiada pelo verde de suas árvores, pela diversidade das cores de suas flores e o brilho da água de seu lago. As crianças vibraram com a idéia, e puderam desfrutar daquela paisagem maravilhosa, e brincarem, enquanto as mães cuidavam da alimentação e os pais preparavam o churrasco. Foram momentos

de muita alegria e paz, ficando em nossas memórias para sempre, de onde serão resgatados no futuro como doces lembranças.

Este piquenique foi importante, porque propiciou maior aproximação entre todos do grupo, especialmente entre os pais. Também foi determinante para uma relação com maior confiança para as crianças, que passaram a contar-me as ocasiões em que transgrediam os cuidados, oportunizando-me subsídios para uma re-orientação do curso rítmico de seus processos de vida.

Todas as situações de encontros, incluindo o piquenique, abriram para nós a possibilidade de conectarmos com o Todo, desprendendo o nosso sofrimento, criando uma grande canção e descobrindo algo maior dentro da própria história de nossas vidas. Dar e receber são partes de um mesmo “*continuum*” amoroso, vivenciado no grupo. Poderia fundir-me com a energia das participantes, pois tinha, dentro do meu mundo interno, energia de ondas de amor, ao identificar-me com os sentimentos de cada uma, como pode ser observado nas falas que transcrevo:

- *“Sinto bem melhor, levantou meu astral. Apreendemos tudo sobre diabetes, cuidado domiciliar e também a ser mais humanos uns com os outros. Essas reuniões são para mim uma terapia, saio de bem com a vida”.*

- *“Este grupo só fez bem, discutimos todos os assuntos e foram esclarecidas nossas dúvidas, que são muitas. Aprendemos a trabalhar e a nos divertir, a parar para repor nossas energias, a cuidar de nossa aparência, e a nos respeitar. O que temos de fazer agora é viver com a diabetes e levar a vida normal”.*

- *“Aprendi a viver com mais calma e mais consciência. Solicitar esclarecimentos das dúvidas. Aprendi a falar o que estou sentindo, mesmo que não esteja correto, sem ficar constrangido. Agora melhorou minha auto-estima. Aprendi a ouvir os outros e sei que também sou ouvida. Estou me sentindo muito bem”.*

- *“Antes de conhecer o grupo eu me questionava, pois só quem tem o problema sabe o que é; as pessoas que não têm ninguém em casa com diabetes, não fazem idéia das dificuldades que é a doença. As pessoas acham que é como uma gripe, que dá e passa. Isso me deixa triste, me derruba. Com o grupo, aprendi mais e a ter mais segurança. Temos a liberdade de chegar para a enfermeira, perguntar, e receber orientação. Aprendi a usar sem medo os serviços oferecidos pelo Hospital. O cuidado domiciliar melhorou, embora precise melhorar mais. Ainda fico confusa a respeito de como devo agir, mas sou muito paciente. Tenho saído das reuniões muito feliz e realizada. Isso é um privilégio”.*

## 6. UM MICROCOSMO DE POSSIBILIDADES

Ao longo da vida, tenho vivido várias situações. Algumas são mais importantes que outras, umas mais fáceis, outras mais difíceis - ora são preocupantes ... ora descansam na infindável rede da vida. Há momentos que são vivenciados no individual, e outros, entre relacionamentos coletivos. Mas, com certeza, são baseados no conceito da unicidade ou totalidade, e nos princípios da integridade, da ressonância e da helicidade, como podemos perceber na história do mestre Zen, apresentada abaixo, de que tudo o que existe no Universo é inseparável. Todos os seres e todas as coisas são interligadas e interdependentes. Somos um todo, e não seres separados uns dos outros.

*Se és poeta, verás claramente que existe uma nuvem flutuando*

*nesta folha de papel. Sem a nuvem, não haverá água;*

*sem a água, as árvores não podem crescer; e sem as árvores,*

*não podes fabricar o papel. É por isso que a nuvem está aqui no papel. A existência*

*desta folha de papel depende da existência de uma nuvem. Papel e nuvem*

*são muito íntimos. Pensemos em outras coisas, na luz do*

*sol, por exemplo. A luz do sol é importante, pois a floresta não pode crescer sem ela, nem nós, seres humanos, podemos crescer sem ela. Assim, o lenhador precisa da luz do sol para cortar a*

*árvore e a árvore precisa da luz do sol para poder ser uma árvore.*

*Portanto, podes ver a luz do sol nesta folha de papel. E se olhares mais profundamente, verás não apenas a nuvem e a luz do sol nela, verás o trigo que se transformará no pão que o lenhador irá comer, tudo está nesta folha de papel, como também que todas as coisas estão nela ... a*

*presença desta fina folha de papel*

*prova a presença de todo o cosmos.*

*Um mestre Zen, segurando uma folha de papel nas mãos.*

E é com este estado de espírito que vivenciei a experiência deste trabalho, para o objetivo de possibilitar um melhor acompanhamento à criança portadora de diabetes.

O conhecimento obtido, ao trabalhar com as bases teóricas de Rogers e Capra, por meio da formação de um grupo de adultos familiares responsáveis pelo cuidado domiciliar à criança diabética, considerando que no espaço que nos separa fisicamente existem campos de energia que nos une, permitiu trocar essas energias, além das diferentes maneiras que todos conhecemos para a comunicação humana: os cinco órgãos dos sentidos e a mente linear. Isso significou vivenciar a possibilidade dentro da probabilidade, trazendo o benefício de modificar o ritmo do padrão de saúde da criança diabética, para promoção de saúde positiva, dentro de sua própria possibilidade.

O estar consciente de que os campos de energia existem e que oferecem infinitas probabilidades, abrangendo um campo mais vasto ainda de possibilidades, trazendo a expressão material para nossa vida, propiciou a transformação do invisível em visível. Estes campos permitiram vivenciar níveis cada vez mais abstratos, transcendendo meu próprio eu e das participantes do grupo de familiares.

O marco conceitual, pautado nos conceitos de homem, ambiente e enfermagem, a partir da visão de Rogers e Capra, foi a base empregada para todo o desenvolvimento deste trabalho, e amalgamou a visão de mundo, as premissas, as maneira de ser, o cuidado e a compreensão do outro com a sensibilidade da alma, o compromisso com a vida, e a consciência profissional. As dimensões e complexidades, vivenciadas com as participantes do grupo, geraram um transcender ecológico, que ‘só poderá prosseguir numa escala maior. Os conceitos, de certa forma, uniram-se e formaram um só, surgindo a sede de encontrar a energia que precisávamos, no próprio momento, e buscar um novo ato de criar a nós mesmos, e depois descobrir o modo de continuar em um curso rítmico não repetitivo, mas inovado e harmônico dentro de um processo contínuo, caracterizado pela espiral de Rogers, no princípio da Helicidade.

O fato dos adultos familiares estarem voltados para a busca de novas atitudes, muito contribuiu para esta realidade, à medida que suas necessidades foram sendo somadas. Reiterando esta afirmativa, Capra (1996) destaca que *“a parceria é uma característica essencial das comunidades sustentáveis. Num ecossistema, os intercâmbios cíclicos de energia e de recursos são sustentados por uma cooperação generalizada”*.

Ao estar em contato com o grupo, reafirmando reciprocamente um “conte comigo”, muitas mudanças ocorreram e foram partilhadas com amor e liberdade. Existe, ainda, um longo caminho a ser percorrido, pois não é fácil ultrapassar todos os estados de desequilíbrio ou desarmonia, nas relações entre o campo humano e ambiental. Essas disritmias provocam nos familiares desconforto que engloba uma dor profunda e um sentimento de impotência, mas, mesmo nesta desordem, muitas “portas mágicas” abriram-se, como constatado por meio das ilimitadas reflexões sobre seus processos de vida, resgatando valores que ultrapassaram esta dinâmica de padrões dualistas.

Quanto ao papel da pesquisadora, em primeiro lugar, é um ser humano, uma mulher, e depois, enfermeira. No momento que estiver sentindo amor por este ser humano, e entrar no campo de todas as possibilidades, e espalhar valores e prosperidade una com o Universo, em decorrência estarei colocando o “ser enfermeira” dentro da infinita criatividade e bem-aventurança, que é a expressão do puro amor.

Assim, o cultivo deste amor é compartilhado com as crianças diabéticas que, embora vivenciem uma situação em comum: as diferenças de idade, sócio-econômica e os padrões de abertura de energia no cotidiano familiar, influenciam a maneira como vêem e sentem o diabetes, o que fica claro em suas declarações, na seqüência. Muitas vezes, os cuidados partem do adulto familiar responsável, e são revestidos por sentimentos de culpa e “pena” da criança. À medida que esse adulto recebe apoio, discute posturas, compreende seus próprios sentimentos e os sentimentos da criança, fazendo-a sentir-se inserida na sociedade, mais tranqüilo será o cuidado domiciliar. Ao regar de solidariedade e afetividade o cuidado domiciliar, este poderá corresponder significativamente, construindo uma realidade, dentro da qual a família poderá viver em harmonia, e proporcionar segurança física e emocional, de acordo com a própria criatividade e o seu padrão rítmico, à criança diabética.

Isabele:

*“- Eu me sinto muito alegre, muito bem, porque tem doces, bolos, chocolates e chicletes “diet”. O meu pai e minha mãe usam adoçante junto comigo”.*

Bruna:

*- “Eu me acho igual às outras crianças, só que tenho que tomar a insulina nas horas certas”.*

Patrícia:

*- “Eu não gosto, porque não posso comer doce e é a coisa que eu mais gostava. Não gosto de tomar insulina. Meu pai diz que não é tão ruim, mas não é ele que toma insulina”.*

Rafael:

*- “Eu me sinto muito mal, quando vou na casa de amigos e não tem salgado ou adoçante. Também não entendo porque o diabético não pode fumar e beber. É uma droga, só tem não! Não! Não! E nunca sim! No passado, eu pensava que ia ficar ruim para sempre, mas agora tenho esperança no futuro”.*

Assim, ao traçarmos juntas os caminhos para o favorecimento do cuidado domiciliar à criança diabética, levantamos as seguintes propostas:

- continuidade do grupo;

- participação de novos integrantes no grupo;
- programar novos piqueniques, e incluir outras crianças diabéticas;
- palestras com especialistas na área;
- viabilização da presença paterna no grupo;
- participação das crianças diabéticas na colônia de férias em Florianópolis-SC, realizada anualmente pela Universidade Federal de Santa Catarina.

Com o intuito de oportunizar sugestões ao enfermeiro, apresento o modelo de assistência de dinâmica de grupo, utilizado neste trabalho:

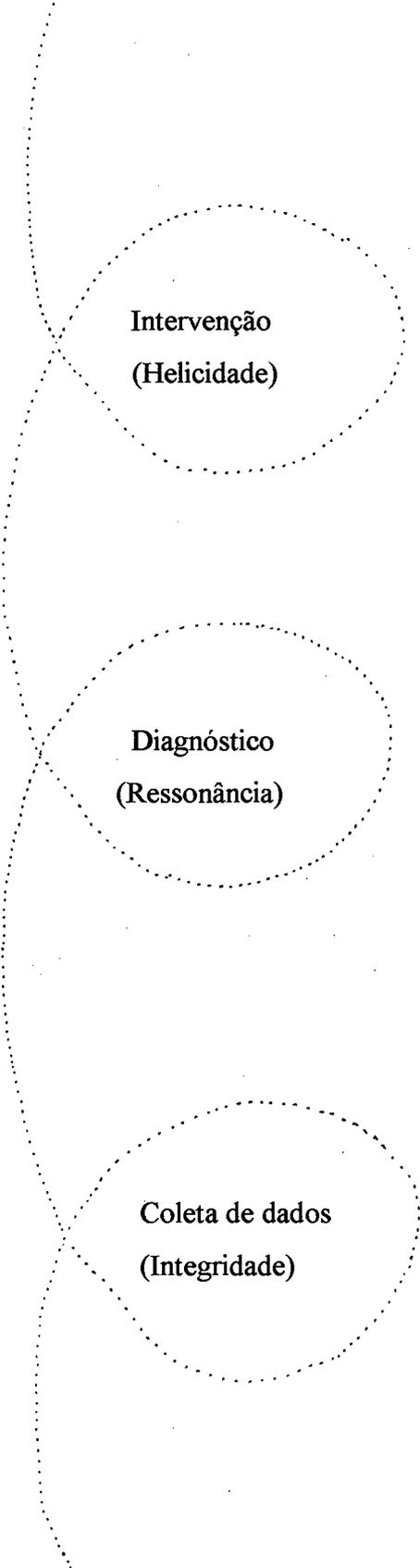
**MODELO DE IMPLEMENTAÇÃO DE DINÂMICA DE GRUPO - SEGUNDO OS PRINCÍPIOS DE HOMEODINÂMICA DE ROGERS, E A CONCEPÇÃO SISTÊMICA DA VIDA, DE CAPRA.**

Formação do grupo: 05 participantes + 01 enfermeiro

Tempo requerido: 02 horas

Ambiente físico: uma sala, com cadeiras dispostas em círculo

Metodologia: componentes do Processo Vital



**Intervenção  
(Helicidade)**

**Integrar o familiar no redirecionamento do curso  
rítmico das ações do cuidado domiciliar.**

**Diagnóstico  
(Ressonância)**

**Identificar as interferências de padrões  
desarmônicos no campo humano e ambiental  
Identificar a história de vida de cada participante**

**Coleta de dados  
(Integridade)**

**Detectar as manifestações dos padrões dos  
campos energéticos.  
Identificar as interferências dominantes e o  
redimensionamento familiar.**

Desenvolvimento: A enfermeira deve preparar-se para a abertura de seu campo energético, procurando criar um ambiente de tranquilidade (tanto o interno como o externo), a fim de ajustar-se ao estado sensorial desejado, e expressá-lo mediante os seus padrões de comunicação verbal e não-verbal.

1. Com uma música suave ao fundo, fechar os olhos e visualizar-se em um lugar tranquilo, podendo ser, uma praia, um campo, um jardim etc., ao mesmo tempo que toma consciência de sua energia, da vibração existente e do sentimento de amor que a liga ao Universo, ou seja, ao Todo. O sentimento de amor é capaz de derreter qualquer emoção negativa, que possa estar sentindo no momento. Este amor, será o fio condutor da energia, que envolverá os participantes em harmonia, para a abertura e fortalecimento de um vínculo.
2. Momentos mais tarde, com os participantes, deverá usar a técnica descrita anteriormente, para a abertura e ligação dos campos energéticos. Logo após, a enfermeira deverá orientar acerca da finalidade do grupo, esclarecendo que deve ser usada e respeitada a liberdade de expressão de cada um, a fim de que seus campos energéticos sejam abertos para sentimentos e emoções.
3. Em prosseguimento, iniciar o debate com um assunto escolhido pelos participantes.
4. A enfermeira, deverá, manter-se atenta ao exato momento de providenciar estímulos verbal ou não-verbal, possibilitando assim, a continuidade da interconexão entre os campos energéticos.
5. No final, processam-se comentários sobre a dinâmica vivenciada, onde cada um poderá expressar como sentiu-se. Este momento, para ficar um pouco descontraído, poderá ser acompanhado de um lanche.

Ao concluir o estudo resultante dos trabalhos compartilhados com o grupo, que estarão sempre fazendo parte de um eterno “*continuum*”, onde estarei participando das necessidades, dores e prazeres da criança diabética e seu familiar, através das ondas rítmicas, deve ser registrado

que as situações mais extraordinárias deste trabalho ocorreram quando sentia o aprofundar e o expandir do coração, vivenciando sentimentos valiosos. Sentimentos que se cruzam em algum ponto na teia da vida, entremesclando-se com o meu jeito de ser, pessoal e profissional, na interconexão com a realidade e a imaginação, em algum lugar especial.

É nesta sintonia, neste encantamento do cotidiano, que invoco minha alma, tendo por objetivo que cada ser humano consiga induzir sua presença na vida diária, de uma forma muito, muito ... poética, como expresso a seguir:

*Sou o anjo guardião desse hospital. Possuo todas as formas físicas, até onde a imaginação de cada um possa alcançar - Sou o sentimento que gera de seu coração. Sou o pensamento que habita cada mente. Sou o pulsar de cada sonho. Sou a confiança e a fé. Sou a fonte de luz que flutua entre a realidade e a fantasia.*

*Imagine-se sendo amparado e abraçado pelo amigo mais carinhoso, que sente a felicidade quando você encontra o seu riso, seu caminho e os seus momentos mágicos, engrandecendo a beleza e os mistérios que a vida possui.*

*A cada estender de mãos, estou presente, iluminando seu rosto, para que esta luz ilumine a todos e, assim criar um mundo novo.*

*Reflexos do meu "eu" atingem seu coração, acalentando-o com um suave perfume e alimentando o sonho de que sentimentos elevados estarão sempre presentes.*

*Em todos os relacionamentos, aproximo-me e produzo um sonho eterno, que guardo no "Templo do Amor", para que esse amor se expanda, e tome a velocidade da felicidade e da magia.*

*Estou ao seu lado, quando as preocupações da vida cotidiana tornam-se pesadas, e é necessário aquece-lo, modificando um rumo aparentemente sem esperança.*

*A dor que aflora em cada cantinho, e também é minha dor, também reajo quando você chora e implora ao Céu. É neste momento que ergo um cálice, brindo e elevo meu pensamento a Deus, pedindo que seu desejo seja atendido.*

*Brinco, pulo, corro e danço, quando a morte é adiada ou quando vejo um conflito terminado.*

*Canto sempre a vitória e torno-me um aprendiz de sua realidade.*

*Você não precisa sentir-se só, participo de todos os seus momentos e a porta para o nosso encontro é - sempre - a do coração.*

*Eu ... sou você ... e você ... é eu.*

*Somos um só.*

*Eleonor Trevisan*

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ARDUINO, Francisco. **Diabetes mellitus**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1980.
- BAPTISTA, M.E.C. **Fenomenologia do existir do diabético**. Ribeirão Preto, 1992. Tese (Doutorado), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo.
- BLACK, Joice M. ; MATASSARIN, Ester. **Enfermagem médico-cirúrgica** Uma abordagem psico-fisiológica. 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1996.
- BOFF, Leonardo. **A águia e a galinha**. 6 ed. Petrópolis: Vozes, 1997.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Coordenação de doenças cardiovasculares no Brasil. SUS: dados epidemiológicos e assistência médica**. Brasília, 1993.
- \_\_\_\_\_, Ministério da Saúde. Sociedade Brasileira de Diabetes. **Diabetes mellitus. Guia básico para diagnóstico e tratamento**. Brasília, Programa Harvard / Joslin / SBD, Educação em Diabetes do Brasil, 1996.
- CAPRA, Fritjof. **O tao da física**. 16 ed. São Paulo: Cultrix, 1983.
- \_\_\_\_\_. **O ponto de mutação**. 16 ed. São Paulo: Cultrix, 1982.
- \_\_\_\_\_. **A teia da vida**. 8 ed. São Paulo: Cultrix, 1996.
- COSTA, Arual Augusto. **Manual de diabetes: alimentação, medicamentos, exercícios**. 3 ed. São Paulo: Sarvier, 1998.
- CURTIN, M.; LUBKIN, I. M. What's Chronicity ? In: **Chronic Illness: impact and intervention**. New York : Gones, Bartlett, 1990.

DAILY, J. S. et al, Martha Rogers - Unitary Human Beings. In: MARRIVER, TOMEY. **Nursing theorists and their work**. St. Louis: Mosby Company, 1989.

DEMO, Pedro. **Metodologia científica em ciências sociais**. 3 ed. São Paulo: Atlas, 1995.

FALCO, S. M. ; LOBO, M. L. Martha E. Rogers. In: GEORGE, J. B. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

FERRONI, Marcelo. **De olho nos átomos**. Folha de São Paulo, 8 nov. 1998.

MALINSKI, V. M. **Exploration on Martha Rogers' Science of Unitary Human Beings**. Connecticut : Appleton - Century - Crofts, 1986.

MINAYO, M.C. de S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa**. 4 ed. São Paulo: Hucite- Abrasco, 1996.

MONTE, Osmar. **Endocrinologia para o pediatra**. 2 ed. São Paulo: Atheneu, 1998.

MUNARI, D.B.; RODRIGUES, A.R.F. **Enfermagem e grupos**. Goiânia: AB, 1997.

POLIT, D. F.: HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995.

ROGERS, M. E. **An introduction to the theoretical basis of nursing**. Philadelphia: DAVIS COMPANY, 1976

SILVA, A. L. da. **Experienciando o cuidar do cliente com Síndrome da Imunodeficiência adquirida, com base do Sistema Conceitual de Rogers**. Dissertação (Mestrado) Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1990.

SOUZA, T. T. de **Qualidade de vida da pessoa diabética**. Rev. Esc. Enf. USP., v.31, n.1, p. 150-64, abr,1997.

TRENTINI, M. et al. **Mudanças no estilo de vida enfrentados por pacientes em condições crônicas de saúde.** Rev. Gaúcha Enf., v. 11, n 1, p. 20 - 8, 1990.

\_\_\_\_\_, M. et al. **Qualidade de vida dos indivíduos com doenças cardio-vasculares, crônicas e Diabetes mellitus.** Rev. Gaúcha Enf., v. 11, n. 2, p. 20 - 7, 1990.

**BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS**

ALMEIDA, G. G. Henriqueta. **Diabetes mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde.** São Paulo: Atheneu, 1997.

BEVILAQUA, F. et al. **Fisiopatologia clínica.** Rio de Janeiro: Atheneu, 1989.

BOOFF, Leonardo. **O despertar da águia.** Petrópolis: Vozes, 1998.

CAPRA, Fritjof. **Sabedoria incomum.** São Paulo: 1988.

CARDOSO, Clodoaldo Meneguello. **A canção da inteireza: visão holística da educação.** São Paulo: Summus, 1995.

CHACRA, A. R. Diabetes mellitus. In: PRADO, F. C.; RAMOS, J. A.; VALLE, J. R. do. **Atualização terapêutica.** 15 ed. São Paulo: Atheneu, 1983.

CREMA, Roberto. **Introdução à visão holística: breve relato de viagem do velho ao novo paradigma.** São Paulo: Summus, 1989.

DALL'AGNOL, Clarice Maria. **O agir - refletir - agir nos movimentos de interação e diferenciação de uma equipe de enfermagem em relações de trabalho.** Florianópolis, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

GRECC, C. H.; ROBERTUS, J. L.; STONE, J.B. **Psychological aspects of chronic illness.** Springfield: Charles C. Thomas, 1989.

HUDAK, Carolyn; GALLO, Bárbara. **Cuidados intensivos de enfermagem: uma abordagem holística.** 6 ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1997.

GERBER, Richard. **Medicina Vibracional: uma medicina para o futuro**. São Paulo: Cultrix, 1997.

MARRINER, Ann Tomey. **Nursing theories and their world**. 2 ed. Toronto: Mosby Company, 1989.

NOBREGA, Clemente. **Em busca da empresa quântica**. Rio de Janeiro: Ediouro, 1993.

PATRICIA, Zuleica Maria. **A prática do cuidar / cuidando à família da adolescente grávida solteira e seu recém-nascido através de um marco conceitual de enfermagem de enfoque sócio cultural**. Florianópolis, 1990. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.

SHEALY, Richard. **Curar, Curar-se**. São Paulo: Cultrix, 1997.

WILBER, Ken. **O espectro da consciência**. São Paulo: Cultrix, 1997.

**ANEXO 1****DECLARAÇÃO DE TERMO DE CONSENTIMENTO**

Declaro que fui esclarecida a respeito dos objetivos da pesquisa, pela pesquisadora Eleonor Trevisan e a natureza dos procedimentos.

Estou ciente de que, a qualquer momento e por motivo que julgar justo, posso desistir.

Assinatura: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Curitiba, Paraná