

**ADELINA GIACOMELLI PROCHNOW**

**POSSIBILIDADES DE VIDA COM MELHOR QUALIDADE  
DAS PESSOAS COM DIABETES: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM  
FUNDAMENTADO EM CALLISTA ROY**

**DISSERTAÇÃO DE MESTRADO  
- ENFERMAGEM -**

**Florianópolis, agosto de 1998**

**POSSIBILIDADES DE VIDA COM MELHOR QUALIDADE  
DAS PESSOAS COM DIABETES: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM  
FUNDAMENTADO EM CALLISTA ROY**

**por**

**Adeina Giacomelli Prochnow**

**Dissertação apresentada ao Curso de  
pós-graduação em Enfermagem da  
Universidade Federal de Santa Catarina  
UFSC, como requisito para a obtenção  
do grau de MESTRE EM ASSISTÊNCIA  
EM ENFERMAGEM.**

**Orientadora:**

**Dra. Vivina Lanzarini de Carvalho**

**Florianópolis - SC**

**1998**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC - SC  
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA - UFSM - **Universidade Conveniada**  
REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL  
REPENSUL - EXPANSÃO PÓLO III

Título: **POSSIBILIDADES DE VIDA COM MELHOR QUALIDADE DAS PESSOAS  
COM DIABETES: UM ESTUDO DE ENFERMAGEM FUNDAMENTADO EM  
CALLISTA ROY**

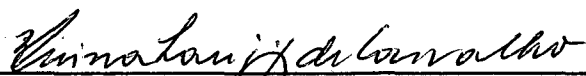
Autora: Adelina Giacomelli Prochnow

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca  
Examinadora para a obtenção do título de

**Mestre em Assistência de Enfermagem**

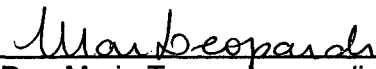
sendo APROVADA em 07 de agosto de 1998, e atendendo às normas da  
legislação do Curso de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal  
de Santa Catarina - UFSC.

Banca Examinadora:



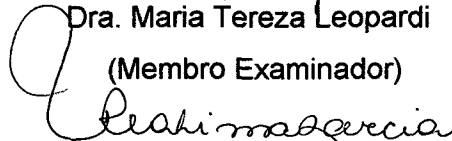
Dra. Vivina Lanzarini de Carvalho

(Presidente)



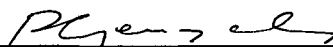
Dra. Maria Tereza Leopardi

(Membro Examinador)



Dra. Vera Regina Real Lima Garcia

(Membro Examinador)



Dda. Rosa Maria Gonzales

(Membro Examinador)

## AGRADECIMENTOS

Sinto necessidade de externar meu agradecimento:

- à orientadora Dr.<sup>a</sup> Vivina Lanzarini de Carvalho, pela dedicação, amizade, confiança e o apoio. Obrigada pela oportunidade de compartilhar conhecimentos, pela liberdade e o respeito de expressão durante o trabalho,
- às Dr.<sup>as</sup> Maria Tereza Leopardi, Lúcia Hisako Gonçalves, Vera Real de Lima Garcia, Dda. Rosa Maria Gonzales, por aceitarem compor a banca deste estudo, pelas contribuições e sugestões construtivas que certamente melhoraram a sua qualidade,
- ao corpo docente do Mestrado em Assistência de Enfermagem, pela colaboração e sabedoria demonstrados,
- aos colegas do departamento de Enfermagem e funcionários, pela colaboração e oportunidade concedida,
- aos amigos, colegas do Hospital Universitário de Santa Maria, especialmente às equipes administrativa, de enfermagem, médica (metabolismo e nutrição, pé diabético) do ambulatório ala I, direção e coordenações de enfermagem, direção executiva. Obrigada por me receberem, valorizarem e apoiarem esta experiência,
- às pessoas com diabetes que compartilharam comigo tanto de si mesmas,
- a Benildes Maria Mazzorani, pelo convite para integrar a equipe do Programa multidisciplinar de prevenção e tratamento de lesões em pés de pacientes diabéticos, encorajamento, apoio, amizade,
- a Stela Maris de Mello Padoin, por ouvir os desabafos, auxiliando-me a enfrentar as adversidades desta caminhada, dando-me sugestões, estímulo, amizade e dedicação,
- aos colegas do Curso, pela convivência, das contribuições nos vários reencontros. Jamais esquecerei nossos momentos. A distância permeará nossos caminhos, mas, a certeza do reencontro me traz esperança e renova expectativas.
- aos meus familiares, Walter, Neuza, Neisa, Neila, Neiva, Marisa, Verner, Vagner e Gustavo, por compartilharem todos os momentos, mesmo distantes muitas vezes. Por compreenderem minhas angústias, aceitarem-me como sou, amarem-me e

perdoarem-me. Obrigada! Pelo apoio e estímulo para vencer os desafios, por tudo. Enfim, vocês são fonte e essência do meu viver.

- a Nelci, Nara, Luciane, Osni, Fernanda, Diego, Fábio, Daniela e Fabiane, pela compreensão dos momentos de ausência e apoio.

- a todos aqueles que com seu interesse e participação, marcaram a minha formação e ajudaram-me a adquirir e concretizar minha história. A vocês que estão distantes, porém sempre presentes na iluminação dos meus caminhos, minha saudade onde quer que se encontrem!

- finalmente, quero estender a meu esposo, Cláudio Machado dos Santos a minha gratidão, por sua presença genuína e singular. Obrigada pela compreensão, amor, carinho. Não tenho palavras para expressar o que sinto! Apenas que te amarei cada dia mais....

## SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS .....	vi
LISTA DE QUADROS .....	vii
LISTA DE FIGURAS .....	viii
LISTA DE ANEXOS .....	ix
RESUMO .....	x
ABSTRACT .....	xi
1 DELINEANDO O ESTUDO .....	01
2 ORGANIZANDO A BUSCA... ..	09
2.1 Embasamento teórico .....	09
2.1.1 Diabetes Meilitus .....	09
2.1.2 Como se expressa a ação educativa do profissional enfermeiro no cuidado à pessoa com diabetes.....	15
2.1.3 Teoria de Enfermagem de Cailista Roy .....	20
2.1.4 Razões para adéquar a concepção teórico metodológica de Roy junto às pessoas com diabetes .....	28
2.2 Trajetória metodológica .....	36
2.2.1 Descrição do campo de prática e população envolvida .....	36
2.2.2 Descrição das atividades de planejamento para implementação da prática assistencial .....	37
2.2.3 Processo de enfermagem .....	40
3 ANÁLISE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL IMPLEMENTADA .....	51
3.1 Apresentação e descrição da vivência da prática assistencial junto às pessoas com diabetes no ambulatório .....	51
3.2 Argumentos de análise .....	57
3.3 Operacionalização da metodologia proposta .....	69
4 TECENDO AS CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	72
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	75
ANEXOS .....	82

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

**D: DIREITO**

**DESG: GRUPO DE ESTUDOS DE EDUCAÇÃO EM DIABETES**

**EUA: ESTADOS UNIDOS DA AMÉRICA**

**HUSM: HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA - RS**

**MENU: METABOLISMO E NUTRIÇÃO**

**Mis: MEMBROS INFERIORES**

**PA: PRESSÃO ARTERIAL**

**REPENSUL: REDE DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM DA REGIÃO SUL**

**RS: RIO GRANDE DO SUL**

**SC: SANTA CATARINA**

**UFSC: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**UFSM: UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA**

## **LISTA DE QUADROS**

<b>QUADRO 1 - Demonstrativo da Apreciação dos Comportamentos Adaptativos das Pessoas com diabetes assistidas no Ambulatório Ala I - HUSM de outubro a novembro de 1997 .....</b>	<b>53</b>
<b>QUADRO 2 - Demonstrativo da Apreciação dos Comportamentos Ineficazes ou Inadaptativos das Pessoas com diabetes assistidas no Ambulatório Ala I - HUSM de outubro a novembro de 1997.....</b>	<b>54</b>



## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Prevalência (%) de Diabetes Meilitus no Brasil, na população entre 30 a 69 anos, em algumas capitais brasileiras .....	02
FIGURA 2 - A pessoa como um sistema adaptativo .....	23
FIGURA 3 - Nível ou zona de adaptação .....	24
FIGURA 4 - A pessoa como um sistema adaptativo, segundo escritos de Roy de 1984, 1986 e Andrews & Roy, 1991 .....	26
FIGURA 5 - Representação gráfica do referencial teórico implementado .....	35

## **LISTA DE ANEXOS**

<b>ANEXO 1 - Caracterização da população alvo .....</b>	<b>83</b>
<b>ANEXO 2 - Protocolo do exame clínico dos membros inferiores .....</b>	<b>85</b>
<b>ANEXO 3 - Protocolo da consulta de enfermagem da Pessoa E .....</b>	<b>87</b>
<b>ANEXO 4 - Protocolo da consulta de enfermagem da Pessoa J .....</b>	<b>96</b>
<b>ANEXO 5 - Protocolo da consulta de enfermagem da Pessoa P .....</b>	<b>103</b>

## RESUMO

Este estudo descreve a elaboração, implementação e análise interpretativa de um referencial teórico sob uma abordagem humanística, focalizando as possibilidades de vida com melhor qualidade das pessoas com diabetes, fundamentado na Teoria da Adaptação de Cailista Roy. Desenvolvi o trabalho junto às pessoas com diabetes atendidas no Hospital Universitário de Santa Maria -RS em âmbito ambulatorial, pela implementação da assistência de enfermagem através da operacionalização da Teoria de Roy, a partir dos quatro modos adaptativos por ela preconizados. Trata-se de um estudo do tipo quali-quantitativo de natureza descritiva, com uma abordagem humanística para os cuidados de enfermagem. Com os dados coletados na prática assistencial implementada com quinze pessoas com diabetes, foram realizados dois quadros sinóticos como demonstrativos da apreciação das respostas comportamentais adaptativas e ineficazes nas pessoas com diabetes assistidas e estabelecidos quatro argumentos de análise. Pela análise interpretativa, a teoria da adaptação mostrou-se adequada à assistência desse tipo de pessoas e concretizou-se como alternativa de aumento no entendimento da amplitude da zona de adaptação, frente a identidade da pessoa com diabetes. Como resultado a pessoa é capaz de levar uma vida com melhor qualidade pela valorização de seu potencial, a despeito das circunstâncias advindas de sua condição de portador de diabetes, conduzindo à reflexão das ações e interações, repensando o cotidiano a partir do vivido, salientando os aspectos assistenciais, educativos e éticos. A temática não está esgotada do ponto de vista conceitual e prático, demonstrando ser útil no fortalecimento da construção do saber em enfermagem.

## **ABSTRACT**

This study describes the elaboration, implementation and interpretative analysis of a theoretical referential, under a humanistic approach, focusing the diabetic suffering patients' possibilities of a better quality of life, based on Callista Roy's Theory of Adaptation. I developed this work close to the persons with diabetes who were attended at the Santa Maria University Hospital (Hospital Universitário de Santa Maria, RS, Brazil), in a clinical context, by the implementation of the nursing assistance through the operationalization of Roy's Theory, from the four adaptive modes she recommends on. It deals about a quali-quantitative type study, of a descriptive nature, with humanistic approach of nursing cares. Two synoptic tables were built with the data collected during the clinical practice implemented with fifteen patients suffering of diabetes, as a demonstration of the appreciation of behaviorist responses, they being adaptive and inefficient in people with diabetes. Through interpretative analysis, the theory of adaptation showed to be adequate to this kind of people and has concretized as a helpful alternative for the adaptation zone broadness understanding, in face of the diabetes patient's identity. As a result, the person becomes able to convey his (her) life with a better quality by means of his (her) potential valorization, in despite of the circumstances arisen from his (her) condition as a diabetes patient, leading to the reflection about the actions and interactions, rethinking the quotidian from the lived, emphasizing the assisting, educative and ethical aspects. The subject is not exhausted from the conceptual and practical point of view, and demonstrates to be helpful in nursing acknowledge construction strengthening.

## 1 DELINEANDO O ESTUDO

O presente estudo focaliza as possibilidades de vida com melhor qualidade, das pessoas com diabetes, fundamentado na Teoria da Adaptação de Sister Callista Roy.

O diabetes mellitus atualmente vem sendo considerado como um dos problemas relevantes de saúde. Nas Américas, o diabetes é considerado como uma pandemia crescente, sendo estimado (em 1986) que vivem 35 milhões de pessoas com diabetes, ou seja, mais de ¼ do total de casos no mundo e, até o ano 2010, o número deverá crescer para 45 milhões, conforme dados expressos na Declaração das Américas sobre Diabetes (Alleyne, 1996; DESG, 1997), o que gera um impacto, em razão da multiplicidade de implicações envolvidas neste processo. Considerando o que hoje sabemos sobre o caráter preventivo dessa enfermidade, e os estágios de conhecimento e tecnologias alcançados, revela-se a lamentável situação da saúde nos países das Américas.

Em estudo realizado no Brasil, na população urbana de nove capitais brasileiras na faixa etária entre 30 a 69 anos, no ano de 1988, foi constatado que a prevalência do diabetes em nosso país equipara-se aos países desenvolvidos, apresentando uma cifra de 7,6% na população urbana, sendo 90% do total de casos classificados como diabetes do tipo II ou não insulino-dependente (DMNID) e 5 a 10% do tipo I ou insulino-dependente auto-imune (DMID) (Malerbi et al, 1996). Estima-se que existam em torno de cinco milhões de pessoas com diabetes, das quais metade desconhece a sua condição, o que provavelmente só saberão ao apresentarem uma complicação crônica decorrente do diabetes. (Franco & Malerbi, 1992; Malerbi et al, 1996).

No referido estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil, também constatou-se a prevalência de 8,9% em Porto Alegre, capital do Rio Grande do Sul, aparecendo em 2º lugar na classificação geral da amostragem populacional urbana entre nove capitais brasileiras (Franco & Malerbi, 1992). Abaixo, exponho a figura demonstrativa da prevalência do diabetes mellitus no Brasil.



Figura 1: Prevalência (%) de Diabetes Mellitus no Brasil, na população entre 30 a 69 anos, em algumas capitais brasileiras.

Fonte: Franco & Malerbi (1992, p. 55) e Malerbi et al (1996, p. 6)

Sendo o diabetes uma das doenças crônicas mais frequentes no Brasil e no estado do Rio Grande do Sul estando convicta do compromisso quanto ao exercício da cidadania frente as ações primárias de saúde, saliento a necessidade da prevenção do diabetes e estudos sobre os diversos desafios do ser humano diante desta enfermidade. Acredito que ações educativas são alternativas imprescindíveis para a qualidade do tratamento e que seu reconhecimento serve a uma série de propósitos. Além de melhorar o controle metabólico, pode reduzir o número de hospitalizações por diabetes e suas complicações e pode oferecer apoio emocional,

social ao enfermo (Malerbi et al, 1996 e DESG, 1997), possibilitando-lhe uma vida com melhor qualidade.

Nessa trajetória, ressalto o impacto do diabetes mellitus pelo aumento de sua prevalência e incidência, suas repercussões sociais, econômicas, traduzidas pelas mortes prematuras, absenteísmo, incapacidade para o trabalho, bem como pelos custos associados ao controle e ao tratamento de suas complicações (Franco & Malerbi, 1992; Lessa, 1993).

Como enfermeira e docente participante de um Programa Multidisciplinar de Prevenção e Tratamento de Lesões em Pés de Pacientes Diabéticos desde 1995, decidi direcionar meus estudos aos portadores de diabetes, sendo este um desafio devido às múltiplas facetas que são descortinadas na interação com essas pessoas.

O programa é constituído por professores e alunos dos Cursos de Enfermagem, Medicina, Fisioterapia, Educação Física da Universidade Federal de Santa Maria - RS (UFSM) e profissionais voluntários do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). As atividades são realizadas às terças-feiras no período da tarde, no ambulatório ala I e algumas em outras tardes, com visitas às unidades de internação do HUSM. O trabalho envolve atividades como palestras a escolas e comunidades que têm como referência o HUSM.

Dentre os projetos vinculados ao Programa Multidisciplinar mencionado, desenvolvemos um Projeto de Extensão denominado "Educação e Acompanhamento de Enfermagem na Prevenção e Tratamento das Complicações do Diabetes", no qual são realizadas consultas de enfermagem, visitas domiciliares, curativos, entre outras atividades cotidianas da enfermagem. Fazem parte deste projeto, docentes do Curso de Enfermagem, acadêmicos de enfermagem, uma enfermeira do ambulatório, ocorrendo intercâmbio com a equipe multiprofissional do Programa.

Durante a atuação junto às pessoas com diabetes e após ter ingressado no Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, cada vez mais se evidenciou no meu cotidiano as dificuldades de adaptação destas pessoas, ou seja, às mudanças no estilo de vida para a promoção de saúde. Impressionavam-me suas atitudes frente às escolhas que faziam, em não aceitarem seguir as orientações relacionadas ao tratamento, mesmo em detrimento de sua condição de saúde.

Frente ao exposto, saliento a importância do caráter educativo em saúde e as interações enfermeiro/pessoas com diabetes, levando em conta componentes sociológicos, educacionais, antropológicos, motivação, comunicação, além de experiências pessoais dos indivíduos, englobando valores, crenças e a multidimensionalidade da educação em saúde (Zanetti & Mendes, 1993).

Acredito que através do desenvolvimento de ações de enfermagem que envolvam os aspectos educativos, assistenciais e de pesquisa, possamos prevenir, retardar ou atenuar as manifestações crônicas da enfermidade, enfatizando a importância do indivíduo com diabetes de assumir com maior responsabilidade os cuidados pertinentes à sua própria saúde (Brasil, 1993).

O enfermeiro, interrelacionando-se com a pessoa com diabetes, a família, a comunidade, e a equipe de saúde, poderá auxiliar nas situações de mudança e consequente adaptação à nova condição de vida, de modo a vislumbrar uma existência de melhor qualidade para a pessoa.

Diante do alarmante acometimento desta patologia, há algum tempo vários profissionais da enfermagem refletem sobre as ações e os enfoques a serem desenvolvidos junto à pessoa com diabetes a partir de múltiplos enfoques. Dentre as principais abordagens constatamos trabalhos referentes a: necessidades psicossociais e espirituais do paciente (Paim, 1979); a competência do diabético para o autocuidado (Nunes, 1982); as mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde (Trentini, 1990); a educação e intervenção do enfermeiro na assistência de diabéticos (Steiner & Lawrence, 1992; Ide & Chaves, 1992); motivação para o autocuidado (Nunes, 1993); ao desempenho de papéis sociais numa relação ensino-aprendizado (Chaves, 1993); a problemas identificados na clientela diabética (Damasceno et al, 1995); ao cuidado psicológico de pacientes com Diabetes Mellitus Insulino Dependente (Jacobson, 1996); à convivência em grupo para enfrentar a situação crônica de saúde (Tomasi, 1996); às representações culturais de clientes diabéticos (Teixeira, 1996); entre outros, ressaltando a importância do assunto.

O profissional enfermeiro atua como educador na prevenção e na propagação dos conhecimentos científicos e práticos para o cotidiano da pessoa com diabetes, a fim de auxiliá-lo na organização dos hábitos de conduta e tendências comportamentais adquiridos (Rego, 1994).



Uma vez percebida esta preocupação, destaco o que May, apud Boemer (1992), assinala:

O homem se revela na sua relação com os objetos e com as pessoas no mundo. Mundo entendido não apenas como algo referente ao ambiente circundante, objetivamente considerado, mas constituindo a totalidade na qual o ser humano vive, atua, estabelece relações com os outros homens e também com as coisas, atribuindo-lhes significados. É a dimensão na qual a temporalidade e a historicidade do homem estão presentes; é o espaço do vivido e inclui as possibilidades futuras (p.52-53).

Sendo o homem um ser que necessita de relacionamentos, considerado em sua essência como um ser social, sua saúde será determinada em última instância pelos fatores sociais (Gelbecke, 1992).

Dessa forma, as concepções dominantes levam à trama das relações sociais e materiais, bem como à influência sobre valores e atitudes do ser humano. Na enfermagem, as formas de agir permanecem embasadas em concepções que atualmente estão sendo questionadas, como a manutenção de rotinas, repetições de tarefas, orientações previamente estruturadas, que, sem a necessária reflexão crítica, tendem a serem substituídas por outras que levem em conta a sensibilidade e a valorização de suas opiniões, expectativas, valores, contexto sócio-econômico-cultural e capacidade decisória. Acredito que tais aspectos sejam considerados na interrelação enfermeiro/pessoa com diabetes e, por isso, o enfermeiro tem condições de dar uma contribuição no sentido da renovação das ações.

Almejo que ambos, sujeitos dos seus atos e com capacidade de transformação, considerem o momento histórico diante de um contexto concreto, historicizado, produzindo saber a partir de uma relação crítica, que partam de considerações sobre o homem em sua inteireza.

O enfermeiro consciente de que a educação é um ato de transformação, portanto dinâmico, busca alcançar junto à pessoa com diabetes uma análise crítica do processo educativo, não sendo um reproduzidor de ideologias (Gomes, 1985), mas um sujeito capaz de refletir sobre suas ações, promovendo o processo de ensino-aprendizagem.

Estando convicta das mudanças freqüentes, das necessidades de atividades diferentes e simultâneas do cotidiano no mundo moderno e consciente de que há impossibilidade de manter conhecimentos fixos e que cada indivíduo traz e constrói conhecimento com estilo próprio de aprendizagem e cultura, vejo

nesta interrelação/interação enfermeiro e pessoa com diabetes uma real possibilidade de mudança.

Inúmeros estudos referem o que se afirma no meu âmbito de trabalho, ou seja, que o enfermeiro preocupa-se em promover o processo educativo das pessoas com diabetes, orientando-os e esclarecendo-os. Embora válida, tal preocupação não tem produzido grandes mudanças comportamentais, pois freqüentemente voltam sua atenção para o conteúdo e quantidade de informações necessárias para o tratamento e auto-cuidado, não conseguindo ações educativas de forma contínua e com avaliação constante.

Compreendendo a ação educativa como parte da ação do enfermeiro que pode estar incorporada na sua práxis, considero importante:

- a) perceber a condição multifacetada do portador de diabetes para oferecer-lhe alternativas de aprendizagem que fortaleçam possibilidades de uma existência melhor, mesmo diante das alterações ou mudanças, provocadas pelas enfermidade em seu estilo de vida;
- b) compreender a pessoa com diabetes em sua totalidade e unicidade, mas inserida num grupo social, para ajudá-la a integrar-se ao meio a partir de seu potencial adaptativo;
- c) realizar com as pessoas com diabetes uma relação dialógico-educadora partindo sempre da realidade dos conhecimentos e da experiência deles, na busca de ajudá-los a integrarem-se no seu meio a partir de suas possibilidades.

Compartilhando a opinião de Trentini (1990), concordo em que

qualquer doença, por mais insignificante que seja, sempre requer da pessoa afetada alguma mudança no seu estilo de vida (...). O indivíduo com doença crônica se depara com algumas tarefas novas na sua vida diária; algumas delas são recomendadas geralmente por profissionais da saúde e outras, ainda são consequência da própria doença crônica (p.22).

Dentro desta perspectiva de bem assistir, encontrei na Teoria Adaptativa de Sister Callista Roy um referencial que me permitiu programar, implementar e concluir uma experiência muito significativa, porque me levou a realizar um cuidado que dá suporte às minhas aspirações profissionais.

Roy é uma teórica de enfermagem norte-americana, que desde a década de 60 vem desenvolvendo e aprimorando sua teoria como alicerce para a educação, pesquisa e prática de enfermagem (Tiedeman, 1996).

A teoria de Roy considera a enfermagem como uma disciplina científica e humanística. Ela incorpora conceitos interacionistas, enfatizando as respostas comportamentais da pessoa às demandas do meio interno e externo mutáveis, a fim de promover e conservar a integridade biopsicossocial do ser humano (Prochnow & Padoin, 1997), criando condições para que as pessoas valorizem as possibilidades pessoais e ambientais disponíveis.

Através da operacionalização da Teoria de Roy a nível ambulatorial, busco promover uma prática interacionista entre enfermeiro e pessoa com diabetes a partir de sua identidade, estabelecendo metas para o processo de adaptação.

Gostaria de tornar explícito, que devido ao expressivo aumento das doenças crônicas e expectativa de vida nos países desenvolvidos, discute-se se os tratamentos resultam em uma vida de melhor qualidade - se não uma vida mais longa (Katz, 1987), refletindo-se sobre os conceitos de qualidade de vida, envolvendo parâmetros de mensuração, finalidade, atributos, entre outros questionamentos emergentes sobre este tema.

A conceituação de qualidade de vida está sendo amplamente discutida em publicações de estudiosos em diversos países. Desta forma, hoje, dispõe-se de novos enfoques sobre este tema, considerando qualidade de vida sob uma visão que introduz as dimensões subjetiva (derivadas de valores do próprio paciente), objetiva (baseadas em indicadores biomédicos) e/ou ambas, sendo conceitualizada como uni ou multidimensional e multifatorial (Katz, 1987; Romano, 1993; Meeberg, 1993). Na literatura encontram-se diferenças conceituais consideráveis entre os diversos profissionais em suas atividades, porém todos admitem a visão acima esboçada.

O tema tem relevância para a enfermagem, porque no cotidiano as enfermeiras estão explorando diversos instrumentos, informações e modelos, acreditando proporcionar melhor qualidade de vida às pessoas que assistem.

Ficam justificados os motivos da utilização do termo "vida com melhor qualidade" como parte do título deste estudo, principalmente na inversão dos termos propriamente dita, devido qualidade de vida ser um tema extenso que está envolvendo reflexões com diferenças consideráveis de ponto de vista dos estudiosos e variações em sua finalidade. Assim, compreendo que o tema proposto "Possibilidades de vida com melhor qualidade das pessoas com diabetes: um estudo de enfermagem fundamentado em Cailista Roy", demonstra uma contribuição efetiva da enfermagem na práxis, uma vez que reflete e compreende

o cuidado frente a uma enfermidade crônica. Embora não me comprometa a utilizar “medidas baseadas em construtos alternados de qualidade de vida, estudos dos interrelacionamentos entre construtos e medidas, e validações de utilidade” (Katz, 1987, p.462), acredito na possibilidade de utilizar o trabalho, bem como com o compromisso de envolvimento dos profissionais enfermeiros na práxis; vislumbrando ações humanísticas que valorizem as opiniões e pontos de vista das pessoas enfermas e, assim, preenchendo um vazio potencial através de um processo interativo, educativo, adaptativo, fundamentado em Callista Roy.

Diante do exposto, espero poder contribuir para a expansão do papel da enfermeira no âmbito da assistência, propiciando um cuidado mais humanizado, abrindo novas perspectivas para construção do saber em enfermagem. Para tanto, o presente estudo tem como objetivo:

- aplicar a teoria de Sister Callista Roy a partir dos quatro modos adaptativos por ela preconizados, a pessoas com diabetes no âmbito ambulatorial, como uma possibilidade de contribuição para uma vida com melhor qualidade.

## **2 ORGANIZANDO A BUSCA**

### **2.1 Embasamento teórico**

Ao desenvolver o estudo sobre as possibilidades de vida com melhor qualidade das pessoas com diabetes, procurei embasamento teórico para um leque de componentes que, na minha opinião, configuram-se como capazes de me levar a reflexões sobre a práxis e melhor compreender pressupostos e conceitos, fundamentando minha prática numa trajetória metodológica que possa levar-me a resultados significativos para o alcance do objetivo do estudo.

Dentro desta perspectiva, busquei subsídios teóricos sobre diabetes, fazendo-se necessário conhecimentos de patologia, propedêutica clínica, terapêutica e das teorias da enfermagem, detendo-me na de Sister Callista Roy. Considerando a dimensão do tema, abordei elementos básicos necessários para o seu desenvolvimento. Descrevi, a partir de uma revisão de literatura, como se expressa a ação educativa da enfermeira e ao, final, apresento a teoria de Callista Roy.

#### **2.1.1 Diabetes Mellitus**

##### **O diabetes mellitus segundo Bragança (1996)**

é uma doença que reúne uma série de desordens, clinicamente heterogêneas, com um perfil comum de sintomas: polidipsia, poliúria e polifagia, emagrecimento, fraqueza muscular e hiperglicemia (p.72).

Sherwin (1997) caracteriza o diabetes como um distúrbio crônico que compromete o metabolismo da glicose e de outras substâncias produtoras de energia, com desenvolvimento tardio de complicações neuropáticas e vasculares.

O diabetes decorre na maioria das vezes de uma produção de insulina, alterada ou diminuída pelo pâncreas, afetando o metabolismo da glicose, gorduras, proteínas e sais minerais (Rull et al, 1992; Costa & Almeida Neto, 1994).

Há também um outro tipo menos freqüente sem alteração do metabolismo da glicose, porém com igual sintomatologia, denominado diabetes insípido (Costa & Almeida Neto, 1994).

Quanto ao gênero, a prevalência do diabetes é semelhante para homens e mulheres, aumentando progressivamente com a idade (Franco e Malerbi, 1992; Malerbi et al, 1996).

A causa do diabetes é desconhecida, porém os fatores que contribuem para seu desenvolvimento incluem idade, infecções, obesidade, hereditariedade, estresse físico e emocional, gravidez, (Malerbi et al, 1996) uso de medicamentos diabéticos por período prolongado e em altas doses como: corticóides, diuréticos, estrógenos, alguns beta-bloqueadores (Costa & Almeida Neto, 1994).

O diabetes frequentemente pode passar despercebido sem manifestar sintomas ou ocasionalmente produzindo sintomas como: poliúria, polidipsia, polifagia, emagrecimento rápido, astenia, prurido vulvar, diminuição da acuidade visual, glicosúria em exames de rotina, sintomas ou sinais relacionados às complicações do diabetes (Oliveira, 1995; Malerbi et al, 1996; Almeida, 1997).

Segundo Malerbi et al (1996), com apoio do Ministério da Saúde do Brasil, o diabetes pode se classificar para o tratamento como Tipo I, Tipo II e Outros.

O Tipo I ou Insulino Dependente Auto imune acomete preferencialmente crianças, adolescentes e adultos jovens, podendo entretanto afetar pessoas em qualquer idade. O aparecimento de sintomas ocorre de forma abrupta, caracterizando-se por deficiência absoluta de insulina, com uma deterioração clínica rápida se não for tratado, podendo evoluir com facilidade para cetose. Em geral, os indivíduos são de peso normal ou magros. Quanto a etiopatogenia, ocorre uma auto-agressão imunitária, destruindo as células produtoras de insulina (células beta-pancreáticas). Tal fato ocorre pela predisposição de fatores genéticos e ambientais, constituindo-se como principal fator as infecções virais (coxsackie B, sarampo, caxumba, ...) relacionada à anormalidade do sistema de histocompatibilidade, pois ocorrendo alterações da freqüência de alguns antígenos leucocitários humanos neste sistema associadas a infecções virais e à inadequação de respostas imunitárias que determinam uma auto-destruição das células beta-pancreáticas. Nos primeiros meses de doença, em algumas pessoas pode não haver necessidade de insulina, caracterizando a fase "lua-de-mel", o que dentro de alguns meses ocorrerá, devido á destruição da reserva pancreática de insulina (Oliveira, 1995; Malerbi et al, 1996; Almeida, 1997).

O Tipo II ou Não Dependente de Insulina empreende com maior incidência indivíduos após os 40 anos de idade, podendo permanecer assintomático por longos períodos, devido seu início freqüentemente ser falso, podendo levar anos até chegar ao diagnóstico. Em geral, predomina em adultos obesos (60 a 90% dos pacientes), não apresentando tendência à cetose, sendo a hiperglicemia mantida, se não tratado. Controlam-se com dieta, exercício físico, necessitando por vezes do uso de hipoglicemiantes orais e ainda complementação de insulina exógena em alguns casos. O tratamento é embasado na educação em diabetes, sendo fundamental a conscientização da pessoa. Fatores genéticos são muito importantes, pois a transmissão familiar é mais freqüente do que no diabetes tipo I, estando sua etiopatogenia também ligada a fatores genéticos e ambientais. No diabetes tipo II, a carga genética age nos receptores celulares da insulina, tomando-os mais resistentes aos efeitos desta. Essa resistência à ação da insulina é mais acentuada e precoce frente a obesidade. Assim, os fatores ambientais estão ligados à obesidade. O desencadeamento da doença muitas vezes ocorre em decorrência do aumento de peso em pessoas geneticamente susceptíveis. Desta forma, a diminuição do peso é essencial para a melhoria da tolerância à glicose, favorecendo a ação da insulina nas células beta (Oliveira, 1995; Malerbi et al, 1996; Almeida, 1997).

Resumindo, os processos fisiopatogênicos do diabetes mellitus tipo I e II são distintos, sendo o Tipo I caracterizado por ocorrer deficiência absoluta de insulina, e tido como uma doença de origem auto imune. O Tipo II não é imune, caracterizando-se por uma deficiência relativa de insulina, ocorrendo uma resistência a mesma, freqüentemente devido à obesidade (Malerbi et al, 1996).

Classificam-se em outros, as doenças pancreáticas, endócrinas, iatrogênicas, incluindo algumas formas raras como síndromes genéticas, doenças auto-imunes, etc (Malerbi et al, 1996).

O diagnóstico é estabelecido a partir de sintomas clínicos e investigação laboratorial (Costa & Almeida Neto, 1994).

Em publicações tradicionais, o diagnóstico era estabelecido a partir da apresentação de sinais e sintomas clássicos e por critérios de determinação randômica dos níveis plasmáticos de glicose ( igual ou superior a 200 mg/dl). Se o diabetes fosse suspeitado, mas não confirmado pela determinação randômica dos níveis de glicose, optava-se pela prova de triagem de escolha, que consistia na determinação dos níveis plasmáticos de glicose em jejum. Estabelecia-se o

diagnóstico quando o nível de glicose fosse igual ou superior a 140 mg/dl em pelo menos duas ocasiões distintas (Sherwin, 1997).

O mesmo autor explicita a recomendação adicional de avaliação, o teste de tolerância à glicose oral (TTGO). Este teste visa detectar o diabetes no seu estágio mais inicial, sendo amplamente utilizado como ferramenta de investigação do diagnóstico definitivo do diabetes, além do seu valor ser questionável dentro do contexto clínico por sua alta variabilidade.

Devido aos múltiplos estudos e diversidade de critérios diagnósticos, a partir de maio de 1995, um Comitê Internacional de especialistas foi formado e financiado pela ADA (Associação Americana de Diabete), para revisar a literatura científica desde 1979 sobre a necessidade de alterações na classificação e no diagnóstico do diabetes mellitus. Em junho de 1997, após 2 anos de estudos, divulgaram um novo critério de consenso mundial, considerando diabéticos:

- pessoas assintomáticas com glicose plasmática após 8 horas de jejum, igual ou superior a 126 mg/dl, em mais de uma ocasião,
- pessoas com glicose plasmática, a qualquer hora do dia, superior a 200 mg/dl associada à presença de sintomas como sede excessiva, aumento do volume urinário e perda inexplicada de peso,
- pessoas com valores de glicose plasmática, 2 h após teste de tolerância oral (TTG com 75 g de glicose) igual ou superior a 200 mg/dl (Bertolucci, 1998, p. 8).

Segundo Bertolucci (1998), a utilização dos novos critérios diagnósticos, torna este mais simples, acessível e barato, proporcionando um aumento da frequência de pessoas em tratamento.

No Brasil, através do estudo multicêntrico sobre prevalência do diabetes mellitus concluiu-se que as hospitalizações por diabetes são subestimadas e a enfermidade é sub-diagnosticada e inadequadamente tratada (Malerbi et al, 1996).

O tratamento tem por objetivos o alívio dos sintomas, prevenir e minimizar as complicações agudas, retardar e tratar as complicações crônicas, melhorar a qualidade de vida, reduzir a mortalidade e hospitalizações, tratar as doenças associadas e realizar uma abordagem educativa do diabetes (Malerbi et al, 1996).

Para o tratamento, a pessoa com diabetes necessita um ajustamento em seu estilo de vida cotidiano, incluindo um programa baseado na educação para a dieta, exercícios físicos, uso de insulina (Tipo I) ou hipoglicemiantes orais x



insulina (Tipo II), monitoração da glicose no sangue e urina, cuidado com os pés, visita regular a equipe de saúde.

Quanto ao tratamento do diabetes mellitus e suas complicações, não me detive em descrições pormenorizadas porque a literatura é vasta e de fácil acesso frente aos diversos programas governamentais instituídos no Brasil e, no momento não ser o enfoque emergente deste estudo.

Para uma leitura complementar sobre o tratamento e complicações do diabetes mellitus, sugiro Oliveira (1995); Malerbi et al (1996); Bragança (1996); Almeida (1997) sendo que os dados para busca bibliográfica constam nas referências bibliográficas ao final deste trabalho. Acrescento, ainda, uma reflexão que não encontrei nos livros que consultei com relação à autonomia do enfermeiro diante da terapêutica medicamentosa. Gostaria de elucidar que, no Brasil, os enfermeiros em grande escala não reajustam as dosagens de insulina ou hipoglicemiantes orais junto às pessoas com diabetes. No meu cotidiano, desenvolve-se uma atividade de apoio através das orientações de enfermagem, realizando-se um trabalho em equipe multiprofissional, considerando ser, na minha concepção, esta ação correta. Retomo a colocação de que o tratamento farmacológico é uma função dos profissionais médicos, bem como seus reajustes.

Sabe-se de equipes multiprofissionais na Inglaterra, nas quais alguns profissionais enfermeiros especialistas, e que trabalham em centros de diabetes, dividem com o médico, as responsabilidades do tratamento (Malerbi, 1992), desenvolvendo atividades de apoio, inclusive no ajuste terapêutico. No Brasil, há propostas de seguimento das mesmas condutas realizadas na Inglaterra e EUA, através do Programa Nacional de Educação e Controle do Diabetes (desenvolvido a partir de 1985, pela Divisão Nacional de Doenças Crônico-degenerativas do Ministério da Saúde (Malerbi, 1992) e atualmente multiplicado pelo Programa Harvard/Joslin e Sociedade Brasileira de Diabetes - Educação em Diabetes no Brasil. Sua divulgação e multiplicação inicial foi através de Cursos de Formação de Educadores em Diabetes, no qual reuniram-se representantes da grande maioria dos estados do Brasil, em São Paulo, no ano de 1997 e posteriormente, está sendo disseminado pelas diversas regiões da nação brasileira.

Tais empreendimentos são de suma importância, evidenciando que o profissional enfermeiro que trabalha no seu cotidiano com a população acometida pelo diabetes, tem condições de realizar essas atividades, após treinamento específico, portanto ainda é incipiente o desenvolvimento de ações autônomas.

Gostaria de salientar a importância imprescindível da atuação do profissional enfermeiro nestes programas, não apenas nas atividades de reajuste terapêutico (ajuste de dose). Atualmente a abordagem se restringe nas ações educativas durante seu exercício profissional, na conscientização dos cuidados intrínsecos da pessoa com a enfermidade, no desenvolvimento de habilidades e destreza psicomotoras para a prática da aplicação da insulina entre muitas outras atividades essenciais.

Hoje dispõe-se de tratamentos farmacológicos com combinações terapêuticas inovadoras, mistura das insulinas, entre outros. Frente às novas tecnologias, acredito ser imprescindível que o profissional enfermeiro esteja constantemente atualizando seus conhecimentos científicos e que ao participar de equipe multiprofissional, utilize sua consciência crítica, refletindo sobre suas ações diante do grupo, sobre os fatores que influenciam e os instrumentos para o desenvolvimento do processo de trabalho, afim de obter reconhecimento profissional.

Compreendo que se efetuam as explicações e o apoio quanto aos ajustes de dose de acordo com a atividade física, porém, em situações especiais, como estresse, cirurgias, infecções, permanece sendo o tratamento medicamentoso uma função do profissional médico. Este deve realizar avaliações contínuas, realizando a associação com outras patologias correlatas e medicamentosas.

Portanto, as ações de enfermagem junto às pessoas com diabetes merecem reflexões profundas, discussões e amadurecimento por parte dos profissionais enfermeiros, uma vez que se busca intensamente o saber próprio da enfermagem, o desígnio de seus instrumentos diante do processo de trabalho, principalmente diante da importância da atividade em equipe multiprofissional, uma vez que é essencial para a promoção à saúde, a integração dinâmica dos saberes dos diversos profissionais envolvidos em uma meta única.

Atualmente, para o diabetes tipo I, não dispomos de medidas que previnam sua incidência, porém, no tipo II, metade dos casos poderiam ser prevenidos através do combate à obesidade e ao sedentarismo (Malerbi et al, 1996).

Envolver a pessoa com diabetes e sua família no tratamento de forma ativa, proporciona uma interação entre o profissional enfermeiro-pessoa com diabetes e equipe multiprofissional, viabilizando a valorização de suas crenças e atitudes na busca de reforço e/ou mudanças comportamentais.

As complicações do diabetes subdividem-se em complicações agudas e crônicas, sendo denominadas como agudas a cetoacidose, a síndrome glicêmica hiperosmolar e a hipoglicemia. As crônicas mais comuns são as retinopatias, nefropatias, neuropatias, macroangiopatias (cardiopatia isquêmica, doença cerebrovascular, doença vascular periférica) e pé diabético (Malerbi et al, 1996).

Sherwin (1997) salienta que há mais de meio século discute-se a questão de saber se as complicações neuropáticas e vasculares do diabetes podem ser retardadas ou evitadas através de um melhor controle da glicemia. O National Institutes of Health iniciou o Diabetes Control and Complications Trial (DCCT) para responder a esta pergunta, a partir de um estudo clínico de nove anos de duração envolvendo 29 centros na América do Norte, com pacientes diabéticos tipo I de 13 a 39 anos de idade. Os achados do DCCT, apresentados em junho de 1993, nos Estados Unidos da América (EUA), "indicam que a obtenção de qualquer melhora no controle da glicemia é benéfica e que a normalização não é necessária para retardar a evolução das complicações" (p. 1398).

O mesmo autor expõe a partir do trabalho realizado pelo DCCT, que "o controle faz diferença" (p. 1398), sendo fundamental o trabalho da equipe multiprofissional para o alcance dos objetivos do tratamento.

Malerbi et al (1996) e Damasceno (1997) apoiam que é essencial o controle glicêmico para prevenir ou retardar as complicações agudas e crônicas. Assim, cabe às pessoas com diabetes a decisão pela adequação ao tratamento ou pelas complicações da doença e aos profissionais a incumbência de fornecer subsídios e apoio a estas pessoas.

### *2.1.2 Como se expressa a ação educativa do profissional enfermeiro no cuidado à pessoa com diabetes.*

Considerando as questões expostas sobre a enfermidade, percebe-se que o diabetes mellitus não acomete somente o corpo. Estudos relatam que

os problemas psicológicos começam com o impacto do diagnóstico e prosseguem diante da não aceitação em conviver com uma doença incurável, com as regras que o tratamento preconiza e com as complicações tardias ( Damasceno, 1997, p.23).

Consciente destas questões, Remen, apud Damasceno (1997), salienta: "os seres humanos são muito mais do que seus corpos e assim o rótulo "diabético"

nos diz pouca coisa a respeito da pessoa a quem está sendo aplicado, sobre quem ela é, e no que pode se tomar”(p.26).

Concordando com as afirmações de autores como Zanetti & Mendes (1993), saliento que é fundamental para o sucesso da terapêutica o compromisso pessoal do ser humano com diabetes para que ocorra uma adaptação individual e familiar adequada.

Os escritos de Nakamae (1987) sobre educação em enfermagem, reportam-me à educação diante do diabetes, quando defende que o saber deve ser usado como instrumento de libertação do homem e não como arma de exploração e dominação.

A mesma autora afirma que a qualidade da assistência de saúde não pode ser avaliada, sem inscrevê-la num contexto historicamente determinado, o que nos remete a pensar sobre o significado da existência humana, do diabetes e suas repercussões.

Ao mesmo tempo, a questão aponta para a evidência de que até o momento, os esforços educacionais junto a pessoas com diabetes têm sido pouco satisfatórios, em virtude das limitações impostas pelas estruturas de saúde e pela sistemática já incorporada ao processo de trabalho em enfermagem. Conflitos, controvérsias, condições sociais adversas, internalização da doença, depressão e perda do senso de auto-estima e supercompensação, que são situações vividas pela clientela em apreço, interferem negativamente nas respostas às atividades educativas. Este fato intervirá e interagirá de forma preventiva/educativa, assumindo junto ao grupo, papel relevante na conquista das metas educacionais. Diante desta perspectiva, pressuponho que a própria pessoa com diabetes vai procurar interagir com outros indivíduos que também possuem diabetes, e/ou profissionais de saúde que trabalhem na área.

Para um trabalho educacional com bases críticas, o enfermeiro e a pessoa com diabetes devem interagir diante dos desafios mencionados propondo alternativas para um trabalho com resultados transparentes e uma vida com melhor qualidade.

Sobre essa questão são muito oportunas as afirmativas de Almeida et al (1995) ao realizarem uma avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa interdisciplinar, salientam que, “embora a equipe acredite que a aquisição do conhecimento não é garantia de aplicação dos mesmos na vida

diária, a mudança dos hábitos de vida requer tempo, conscientização e aceitação da doença” (p.152).

Se a pessoa com diabetes não assumir com autenticidade sua condição, possivelmente ela se colocará numa situação de risco pelas complicações, até mesmo através da falência de múltiplos órgãos, decorrentes da falta de um cuidado que poderia ser suprido pela ação educativa. Então, preconizo, em razão desta constatação, que uma parceria deve iniciar-se entre o enfermeiro e a pessoa com diabetes, para que ambos, conscientes da situação, interajam com a finalidade de promover a saúde.

Damasceno et al (1995), em estudo dos problemas das pessoas com diabetes, relatam o

elevado quantitativo de “hiperglicemias” constatado, o que indica que a clientela está mal controlada e, portanto susceptível às complicações imediatas e tardias do diabetes(. . .). Esta realidade, faz eclodir uma interrogação: por que os diabéticos tomam decisões em detrimento do seu próprio equilíbrio? (p.27).

A resposta a esse questionamento, acredito, poderá ser encontrada pela reflexão sobre a forma como é difundida e preconizada a educação para a saúde. Damasceno (1997), refere que somos norteados por uma visão biomédica, cartesiana, baseada nas necessidades do organismo, com relações impessoais e descompromissadas, onde as orientações são fornecidas como uma imposição, numa conduta contrária ao que é valorizado neste trabalho que procura colocar o educando como sujeito do processo de aprendizagem permitindo ampliar sua participação consciente na busca de mudanças almejadas.

Dentro deste enfoque, concordo com Teixeira (1996) de que “não podemos falar na existência de um autocuidado propriamente dito, haja visto que o controle sobre saúde-doença, no que se refere às práticas oficiais, é norteadado pelas prescrições dos técnicos em saúde” (p.169). Devo ressaltar que minha adesão à afirmativa feita pela autora referida não inclui a importância que eu atribuo ao ensino do autocuidado, desde que o mesmo leve em conta a historicidade, o contexto social, cultural e as possibilidades específicas de aprendizagem de cada pessoa com diabetes.

Com isso quero dizer que a ação educativa se expressa no conjunto do trabalho de enfermagem pois, além de prescrever e persuadir as pessoas sobre algo, cria possibilidades de vida com melhor qualidade, refletindo-se sobre alguns aspectos didático-pedagógicos do ensinar e do aprender. Tal reflexão se faz

necessária porque o ensinamento não deve mais ser visto como algo colocado por alguém que sabe, para alguém que não sabe, ou que assim seja visto. A ação educativa compreendida e implementada dentro desta visão, não será autoritária e levará em conta a liberdade de escolha para a mudança de atitude da pessoa com diabetes.

Dentro desta conceituação de liberdade assumida para apreender, encontro espaços para as questões éticas que não estão dissociadas dos demais aspectos e permeiam o fazer da enfermagem com uma base conceitual humanística.

Um dado relevante ao constatar-se determinado limiar de glicose no sangue ocasionando o diabetes, é a opção ou direito de querer se cuidar e realizar o tratamento. Neste momento, estabelece-se a necessidade da atuação do profissional enfermeiro, no intuito de clarear junto com a pessoa com diabetes sobre as suas possibilidades e ajudá-lo a encontrar o caminho para manter ou conseguir uma vida com melhor qualidade.

Vislumbrando tais possibilidades, questiono-me sobre as respostas comportamentais das pessoas após as ações da equipe de saúde.

Para Lakatos (1990),

até mesmo quando essas leis e costumes estão de acordo com sentimentos que nos são próprios, e que nos levam a sentir, interiormente, sua realidade, esta não deixa de ser objetiva: não fomos nós que criamos essas leis e costumes, estes nos foram transmitidos através da educação (p. 64).

Compreendo que já encontramos estabelecidas as normas que regulam as instituições familiares, organizações religiosas, e que estas precederam nosso existir, mesmo que não as aceitemos, o que nos leva a entender que tal fato possa ser compreendido como cultural e social.

Nesta linha, a mesma autora acima citada acrescenta sobre os fatos sociais e conclui que “as características de austeridade e posteridade levam à conclusão de que os fatos sociais transcendem os indivíduos, e estão acima e fora deles, sendo portanto, independentes do indivíduo em particular”(p. 65). Esta questão evidencia a necessidade de conhecer-se a realidade, assegurando-se do nível atual de conhecimentos e precisão do indivíduo em compreender e seguir as medidas indicadas, sendo fundamental a consciência de que a realidade é dinâmica e que o ser humano desenvolve outras formas de pensar a realidade

superando os conflitos, contradições, contribuindo assim para a mudança desta realidade.

Lembrando de que nenhuma ação educativa é passiva, pois sempre gera reação, a pessoa com diabetes, inicialmente e até mesmo depois de um período de convivência com a doença e com o educador/enfermeiro, ainda terá dúvidas, ressentimentos, dificuldades e conflitos. É isto, no entanto, o que provocará a mudança, pois não há transformação apenas interna (introspectiva), mas através dos comportamentos. Face aos acontecimentos, juntos podem abordar novos rumos voltados para uma perspectiva humana, ajudando a delimitá-la, principalmente centrando-se no caráter preventivo das ações, produzindo a conscientização.

Procuro nesta linha repensar tal influência, no sentido de acompanhar a realidade em transformação frente aos novos desafios da vida, reconstrução de valores pessoais e interpessoais e os modelos de saúde vigentes. Necessitamos considerar as experiências pessoais dos indivíduos com diabetes dentro de um novo contexto, a fim de buscarmos uma promoção mais eficaz de saúde, a partir da forma como este ser humano cuida da natureza e se relaciona com seu mundo físico e sócio-cultural (Nunes, 1993).

Saliento que a enfermagem, como área que integra as ciências da saúde, tem o compromisso de auxiliar na transformação dessa situação, buscando mobilizar pessoas, inspirando reflexões acerca da prática cotidiana, a fim de, segundo Passos (1995) aplicar o que o código de ética profissional tenta conseguir, ou seja, uma ética reflexiva, considerando os valores históricos baseados nas condições materiais de existência das pessoas.

Acredito que a partir do despertar da consciência, as pessoas não cumprirão mais determinações sem questioná-las, sendo essencial que este fato ocorra para que se vença as resistências, afim de consolidar as mudanças.

O enfermeiro, como membro da equipe de saúde, deve estar ciente do seu papel nesta assistência, tornando-se evidente seu papel como educador, tendo em vista a possibilidade de favorecer uma vida com melhor qualidade das pessoas com diabetes, preparando-as para o convívio com a sociedade, adaptado à sua realidade.

Para que as pessoas com diabetes venham a aderir às condutas indispensáveis para o controle da enfermidade, o processo educativo deve ser pautado nas reais necessidades das pessoas, sendo necessário que se

estabeleça uma interação entre os profissionais e a pessoa, a fim de promover um bem-estar físico, psicológico, social e espiritual (Haengsen, 1992).

Para estabelecer uma relação com a pessoa com diabetes durante o processo assistencial, não devemos “esquecer de privilegiar os princípios da comunicação, aceitar a pessoa com as suas crenças e valores, respeitar a sua dignidade e direito à vida privada, como base do cuidar em enfermagem” (Lopes & Nunes, 1995, p.11).

Acreditando ser a educação uma prática libertadora e dinâmica, vejo a necessidade de repensarmos questões tão emergentes como a prática profissional, que contém discursos repetitivos, impessoais, impositores, incongruentes com a realidade pensada na atualidade.

Assim, temos o compromisso de descortinar e redescobrir a ética, levando em consideração a possibilidade de que as palavras não dizem coisas acabadas. Reencontrar-se significa entender a sobrevivência do humano no homem (Santin, 1995).

Entender que as pessoas são fins em si mesmas e não meios para o uso arbitrário da nossa vontade é um meio de melhorar a qualidade da assistência, reconhecendo e preservando a dignidade do ser humano (Lopes & Nunes, 1995).

A conscientização dos enfermeiros sobre tais questões, favorece a transformação do cotidiano, modificando posturas, crenças, valores, resgatando o mundo dos sentimentos na convivência social.

Diante dos desafios de uma enfermidade que causa impactos em várias dimensões da vida humana, a pessoa com diabetes e suas implicações deve ser vista como sujeito historicizado-contextualizado, dinâmico, considerando suas proposições/saídas, conceitos cotidianos e científicos numa perspectiva de desenvolvimento de utilização de sua história e da sua liberdade de escolha, levando-a a vislumbrar possibilidades novas e melhores de vida.

### *2.1.3 Teoria de Enfermagem de Callista Roy*

A partir da década de 50, surgiu um movimento no sentido de encontrar suporte teórico para o saber da enfermagem e de suas implicações práticas. Em



que pese a inestimável contribuição científica da enfermagem moderna implementada por Florence Nightingale.

Somente no final dos anos 60, ocorreu a construção de um corpo de conhecimentos em enfermagem que passou a ser expresso pelas suas teorias conforme relatos dos estudos de Almeida & Rocha (1989). É possível constatar que as teorias podem trazer uma efetiva contribuição para o desenvolvimento desta enfermagem. Dentre as teorias de enfermagem divulgadas, especialmente nas que foram desenvolvidas por autoras americanas, encontrei em Callista Roy uma concepção teórica que dava resposta para questões que me preocupavam no dia-a-dia da vida profissional.

Fazendo um levantamento de literatura, confirmei o interesse de outras enfermeiras brasileiras pela referida teoria, como Moreira (1979); Lins & Rodrigues (1982); Souza (1989); Contreras (1990) e Ivo & Bachlon (1993). Estas autoras estudaram e divulgaram trabalhos relacionados com a temática. Um ponto de convergência da importância dada a esta teoria é a possibilidade de sistematização das ações de enfermagem, que permite um direcionamento no exercício profissional do enfermeiro.

Acreditando neste potencial e consciente da realidade, guiei os estudos no referencial teórico de Callista Roy, sendo que esta compreende uma formulação singular no âmbito conceitual e na forma de interagir em enfermagem. Compreendendo que ela também amplia e tem aderência com outras formulações teóricas admitidas ou consagradas na prática da enfermagem.

Callista Roy é uma enfermeira americana que nasceu em 1939. Iniciou seus estudos sobre o modelo de adaptação em 1964, enquanto estudante de pós-graduação na Escola de Enfermagem da Universidade da Califórnia, Los Angeles e, atualmente, mora em Boston, com atividade profissional na Escola de Enfermagem da Faculdade de Boston em Massachusetts (EUA), como professora teórica (Blue et al, 1994), onde continua revendo e ampliando seus estudos.

Para compreender a Teoria de Roy, tomei por base o estudo que ela publicou em 1976, denominado *Introduction to Nursing: An Adaptation Model*<sup>1</sup> e o estudo que a mesma autora publicou, em 1980, com Joan Riehl. Estas duas obras, que serviram de base para compreensão da teoria, não têm divergências conceituais. Na segunda, porém, constatei uma ampliação de conceitos. O

---

<sup>1</sup> Obtive apoio logístico das traduções da língua inglesa para portuguesa de Sá, Prudêncio P. (1997), Santa Maria - RS.

processo de enfermagem se mantém semelhante nas duas versões. Para tornar mais clara a minha compreensão sobre os escritos de Roy nos seus aspectos teóricos e práticos, apoiei-me em autoras que divulgaram seus estudos sobre as teorias de enfermagem, considerando a importância por mim destinada, Tiedeman (1996); Meleis(1991); Gaibreath (1993); Blue et al (1994) e Chinn & Kramer (1995), entre outras obras explicitadas no referenciamento bibliográfico.

A teoria de Roy surgiu de outras formulações teóricas fora da enfermagem, tendo base no subsistema comportamental de Dorothy Johnson, que foi sua orientadora e incentivadora de seus estudos, a partir da teoria de nível adaptativo de Helson e atividades da vida diária de Henderson (Roy, 1976; Meleis, 1991). A partir de 1984, enfatizou a natureza holística de uma pessoa e, em 1987 e 1988 descreveu premissas humanísticas (Meleis, 1991; Tiedeman, 1996). Observo que desde os primeiros escritos até o momento a teorista permanece aperfeiçoando e evoluindo seus estudos, demonstrando que a teoria está ainda em desenvolvimento em alguns aspectos.

A teoria possui duas premissas básicas. A primeira está associada à finalidade da existência humana. Esta premissa caracteriza a teoria como humanística, pois defende os princípios de humanização, a visão do homem como ser histórico em sua totalidade, em seu contexto e em seu ambiente com suas crenças e valores.

A segunda premissa está associada à teoria de nível adaptativo e à teoria dos sistemas (Tiedeman, 1996). Pela referida premissa, no meu entendimento, foi possível a Cailista Roy construir um instrumento que pudesse ser aplicado à dinâmica das ações de enfermagem.

Como se pode constatar, na implementação dos estudos de Roy, foi preciso conviver com as implicações práticas do registro de fatos e fenômenos relativos à existência humana, seus valores, suas crenças e a possibilidade de registrar os níveis adaptativos inerentes às condições da vida humana numa perspectiva de sua adaptação. Para os registros dos níveis adaptativos, esta teorista busca o respaldo da teoria dos sistemas, com a representação gráfica de tal conceituação.

Roy considera a pessoa como um sistema adaptativo aberto, holístico e que está em constante interação com o ambiente mutável. Sob este aspecto ela trata de questões concretas da vida das pessoas.

A teoria de Roy desenvolve, portanto, conceitos de pessoa, saúde, enfermagem, ambiente, adaptação, interrelacionando-os continuamente.

A seguir exponho, segundo Roy, a representação gráfica da pessoa como um sistema adaptativo.

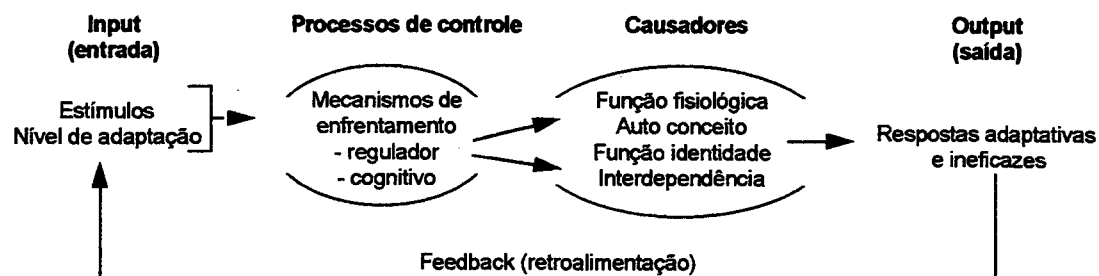


Figura 2: A pessoa como um sistema adaptativo

Fonte: Galbreath, J.G. (1993, p. 208) e Blue, C.L. et al (1994, p. 251).

Assim, considerando a pessoa como um sistema adaptativo, esta preconiza que as entradas do sistema são mediadas por estímulos internos, externos e o nível de adaptação. Os estímulos são subclassificados em 3 categorias: focal (o mais relevante, foco da atenção do indivíduo), contextual (todos os outros que influenciam a situação), residual (experiências prévias, de difícil mensuração objetiva) que surgem de dentro da pessoa (estímulos internos) e os que surgem do ambiente (estímulos externos). O nível de adaptação é o limite de alcance da pessoa aos estímulos para uma resposta adaptativa (Riehl & Roy, 1980). As três categorias referidas são passíveis de mensuração, decorrendo daí a possibilidade de sua aplicação à prática.

Segundo Roy (1976); Riehl & Roy (1980) e Galbreath (1993), se considerarmos o nível de adaptação da pessoa como uma linha, a zona de adaptação é a distância acima e abaixo dessa linha que fixa o limite da capacidade de adaptação da pessoa. Ou seja, se os estímulos focais, contextuais e residuais caem entre essas linhas, obtém-se uma resposta de saída ou comportamento adaptativo. Quando esses mesmos estímulos recaem fora dessas linhas ou zona de adaptação, ocorrerá uma resposta de saída ineficaz ou um comportamento inadaptativo.

A representação gráfica da concepção do nível de adaptação está na figura abaixo, que ilustra e demonstra tal conceituação.

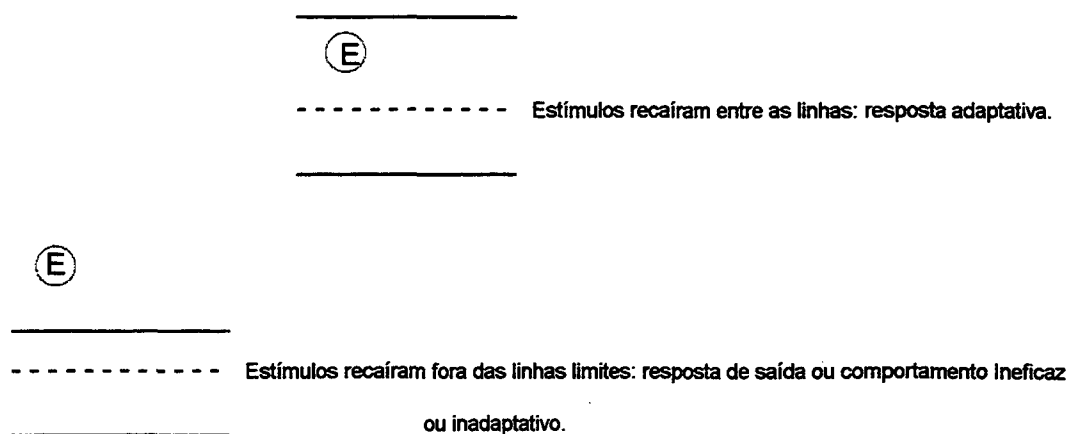


Figura 3: Nível ou Zona de Adaptação.

Fonte: Adaptado de Roy, C. (1976, p.13); Riehl, J.P. & Roy, C. (1980, p.182) e Galbreath, J.G. (1993, p. 212).

A intervenção da enfermagem visa reforçar as respostas adaptativas e reduzir as ineficazes como respostas comportamentais de saída do sistema de interação da pessoa. Isto significa que partindo dos estímulos, um mecanismo de enfrentamento será desencadeado, subsidiado por dois subsistemas a partir de atuações reguladoras e cognitivas manifestando-se através dos modos adaptativos (Meleis, 1991; Chinn & Kramer, 1995 e Tiedeman, 1996).

O subsistema regulador age através do sistema nervoso autônomo como resposta automática neuroendócrina, relacionado com o modo adaptativo denominado fisiológico. O subsistema cognitivo armazena, identifica e correlaciona os estímulos, de modo que possa atribuir um significado simbólico para o comportamento; relacionando-se com os demais modos (Meleis, 1991).

Os dois subsistemas estão mutuamente interrelacionados através da percepção, relacionando-se de maneira diferente com cada um dos modos. As respostas dos modos adaptativos podem ser processadas num único modo adaptativo ou simultaneamente em mais de um modo (Tiedeman, 1996).

Baseados na análise e categorização de exemplos de comportamentos de pacientes, Roy identifica quatro modos adaptativos. Estes modos denominam-se adaptativos ou efetivantes. Para tanto, as respostas do cognitivo e do regulador são manifestadas e/ou observadas através dos quatro modos adaptativos, assim descritos: fisiológico, auto-conceito, identidade e interdependência (Meleis, 1991; Tiedeman, 1996).

Desta forma, todos os estímulos estão canalizados através dos sub-sistemas regulador e cognitivo e produzem respostas através dos quatro modos adaptativos. **As respostas manifestadas através dos modos são:** necessidades fisiológicas, auto-conceito, função identidade e interdependência.

O modo das necessidades fisiológicas (biológico) significa respostas manifestadas através da necessidade de integridade fisiológica, identificadas como: oxigenação, nutrição, proteção, eliminação, atividade e descanso.

O modo auto-conceito (psicológico) produz respostas manifestadas através da necessidade de integridade psíquica, de auto perceber os eus físico e psíquico. Manifesta a visão de si mesmo, expectativas, continuidade do eu, valores.

A função identidade (social) compõe respostas manifestadas através da necessidade de integridade social, referindo-se a um conjunto de expectativas dos indivíduos em relação uns aos outros, tratando do desempenho dos papéis das pessoas ou saber quem se é, em relação aos outros.

A interdependência (social) constitui respostas manifestadas através da necessidade de integridade social, expressa pela capacidade de amar, respeitar, valorizar, receber amor, respeito e valor (Meleis, 1991; Tiedeman, 1996).

Os resultados dos processos manifestados através dos modos adaptativos podem ser observados, mensurados e relatados subjetivamente. Denomina-se comportamento, as respostas ou saídas do sistema, que se manifestam através de uma resposta adaptativa ou ineficaz, sendo que as adaptativas contribuem para a saúde e as ineficazes não (Chinn & Kramer, 1995).

O comportamento relacionado aos modos é a manifestação do nível adaptativo da pessoa que reflete o uso dos mecanismos de enfrentamento. Através da identificação das respostas adaptativas ou ineficazes é que o profissional enfermeiro irá interagir com a pessoa a fim de realizar reajustes, visando reduzir as reações ineficazes e promover ou reforçar respostas adaptativas, como comportamento de saída da pessoa (Gaibreath, 1993).

No decorrer dos estudos da Teoria de Roy, percebe-se que esta foi sendo aprimorada e ampliada com o decorrer dos anos. Saliento a partir da leitura e compreensão de Tiedeman (1996) sobre os escritos de Roy de 1984, 1986 e Andrews & Roy no ano de 1991, a adição de valores humanísticos à visão científica da pessoa como um sistema adaptativo, efetuando uma outra

representação esquemática da pessoa como um sistema adaptativo, que está demonstrada à seguir.

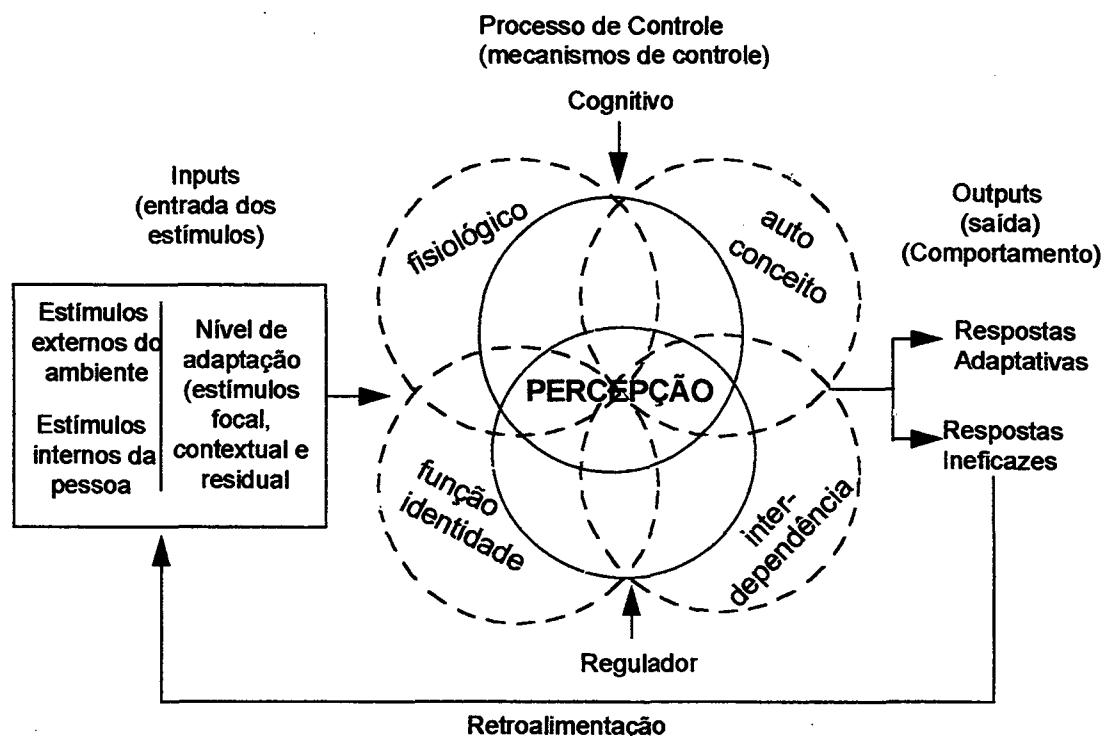


Figura 4: A pessoa como um sistema adaptativo, segundo escritos de Roy de 1984, 1986 e Andrews & Roy, 1991.

Fonte: Tiedeman, M.E. (1996, p. 160).

Roy oferece orientação para o desenvolvimento da metodologia do processo de enfermagem, sistematizando e direcionando as ações para a produção de resultados mais efetivos no exercício profissional, descrevendo-as em etapas. O processo de enfermagem explicitado por Roy é subdividido em 6 etapas, enfatizando-o como dinâmico e simultâneo, embora cada etapa seja descrita separadamente (Tiedeman, 1996).

Este processo pode ser aplicado em várias situações, considerando que a teoria da adaptação subentende uma relação interativa entre o ser humano e o ambiente em constante mutação, buscando sempre uma condição favorável de saúde, portanto pode envolver o indivíduo, a família, a comunidade, os grupos e a sociedade, enfatizando a colaboração da pessoa como participante ativo dos cuidados pessoais.

Nesta compreensão, a enfermagem está voltada para a pessoa como um ser total em interação com um ambiente mutável, respondendo a estímulos

internos e externos que afetam a adaptação, tendo como foco de suas atividades a promoção e manutenção de bem-estar, não as direcionando somente para as respostas ineficazes, mas também evidenciando a adaptação positiva (Tiedeman, 1996).

A metodologia do processo de enfermagem, segundo Roy (1976) e descrita por Gaibreath (1993); Chinn & Kramer (1995) e Tiedeman (1996) corresponde a:

- avaliação de primeiro nível ou comportamental,
- avaliação de segundo nível,
- diagnóstico de enfermagem,
- estabelecimento de metas,
- intervenção de enfermagem,
- evolução de enfermagem.

O enunciado de cada uma dessas fases do processo contemplam e interligam as duas premissas básicas da Teoria de Roy. Para melhor compreensão da metodologia, descrevo a seguir cada uma das etapas.

A primeira etapa, denominada **avaliação de primeiro nível** ou comportamental, é a coleta de dados nos quatro modos adaptativos (fisiológico, auto-conceito, função identidade, interdependência) sobre os comportamentos da pessoa, descrevendo-os a partir dos dados objetivos e subjetivos.

A segunda etapa é a **avaliação de segundo nível**, na qual realiza-se um julgamento provisório sobre o comportamento se, é adaptativo ou ineficaz, identificando os estímulos focais, contextuais e residuais que influenciam os comportamentos em questão.

A terceira etapa, o **diagnóstico de enfermagem**, é o momento no qual são interpretados os dados coligidos, estabelecendo hierarquicamente os objetivos (onde a sobrevivência é prioridade, seguido dos demais) e selecionadas as intervenções que reforçam os mecanismos de enfrentamento e/ou ampliação da zona de adaptação.

Roy descreve três métodos diagnósticos:

- utilização de uma tipologia de diagnósticos, desenvolvida pela autora relacionada aos modos de adaptação.
- realização de um diagnóstico manifestando o comportamento observado ligado aos estímulos mais influenciadores ("relacionado com") e voltado a intervenção de enfermagem para o gerenciamento destes estímulos,

- resume comportamento em um ou mais modos adaptativos relacionados com os mesmos estímulos.

A quarta etapa, denominada **estabelecimento de metas**, envolve as respostas comportamentais finais que a pessoa deve alcançar, associados aos cuidados de enfermagem. Subclassifica: metas de longo prazo, as que envolvem problemas de adequação e preservação de energia, e metas de curto prazo, o comportamento de mudança esperado da pessoa. As metas recebem denominações distintas na literatura e são estabelecidas conjuntamente com a pessoa e descritas em termos comportamentais.

Quinta etapa, denominada **intervenção de enfermagem**, é a manipulação ou gerenciamento dos estímulos (externos e internos) com o propósito de aumento, remoção, diminuição, manutenção ou alteração destes. Pela gerência dos estímulos, modifica-se os fatores desencadeantes do comportamento ineficaz e/ou amplia-se a capacidade de enfrentamento da pessoa ou da zona de adaptação, para que os estímulos recaiam dentro de sua capacidade de adaptação.

A sexta e última etapa é a **evolução de enfermagem**, momento em que se realiza a apreciação e comparação dos comportamentos estabelecidos nas metas com os comportamentos de saída da pessoa. As respostas comportamentais são reavaliadas e reajustadas às abordagens sempre que preciso, necessitando retornar aos primeiros passos do processo de enfermagem, denominando-se esta ação como retroalimentação.

Diante desse processo interativo, o profissional enfermeiro atua diretamente no auxílio à promoção de respostas positivas, como facilitador nos comportamentos eficazes e na ampliação da zona de adaptação diante dos comportamentos ineficazes.

#### *2.1.4 Razões para adequar a concepção teórico metodológica de Roy junto às pessoas com diabetes*

As razões que me levaram a adequar as concepções teóricas metodológicas de Roy à pessoas com diabetes foram:

a) os pressupostos,



- b) os conceitos da teoria,
- c) a metodologia do processo de enfermagem proposta.

Quanto aos **pressupostos** que só aparecem nessa parte do estudo, devo esclarecer que eles foram selecionados de acordo com a aderência que apresentavam em relação ao trabalho desenvolvido, junto às pessoas com diabetes.

De fato, Roy apresentou muitos pressupostos (Meleis, 1991), porém explicito alguns que selecionei devido à sua maior aderência ao meu trabalho e que passo a referir abaixo. Dos explicitados, os de letras d, e, e h foram construídos com embasamento na Teoria da Adaptação de Roy e na minha experiência profissional ao nível ambulatorial, junto às pessoas com diabetes que tem concordância com as formas de ação adotadas na prática assistencial. Estes que foram construídos por mim referem-se à autonomia, ao nível adaptativo da pessoa e aos reflexos desta adaptação.

Os **pressupostos** são os seguintes:

- a) A pessoa é um sistema adaptativo de natureza biopsicosocial, que está em constante interação com um ambiente em mutação (Tiedeman, 1996).
- b) Para ajustar-se a um mundo em evolução, a pessoa usa tanto os mecanismos inatos quanto os adquiridos, que são biológicos, psicológicos e sociais de origem (Meleis, 1991).
- c) Para responder positivamente às mudanças ambientais, a pessoa deve adaptar-se (Meleis, 1991).
- d) A adaptação de uma pessoa está relacionada ao seu nível adaptativo.
- e) O nível adaptativo de uma pessoa é tal, que compreende uma zona que indica o alcance do enfrentamento que a levará a uma resposta positiva, liberando energia para outras respostas.
- f) A pessoa tem quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, auto-conceito, função identidade e interdependência (Meleis, 1991).
- g) A enfermagem reconhece a abordagem humanística de valorização das opiniões e pontos-de-vista das outras pessoas sendo as relações interpessoais uma parte integrante da enfermagem (Meleis, 1991).
- h) O ser humano desenvolve e mantém sua autonomia ao se adaptar à condição específica que o afeta.

Concordo com Roy que a pessoa pode ser entendida como um sistema adaptativo de natureza biopsicossocial, que está em constante interação com um ambiente em mutação e que, para se ajustar a um mundo em evolução, usa tanto os mecanismos inatos quanto os adquiridos, que são biológicos, psicológicos e sociais de origem (Meleis, 1991; Tiedeman, 1996). Compreendo que uma pessoa está permanentemente mudando e tentando adaptar-se. Quando ela não está adaptando-se positivamente, ou seja, quando manifesta respostas ineficazes, necessita de cuidados específicos de enfermagem.

Nesta concepção teórica, a pessoa possui dois subsistemas para a adaptação. São eles os mecanismos regulador e cognitivo. O regulador trabalha através do sistema nervoso autônomo, organizando uma ação reflexa que prepara o indivíduo a responder e adaptar-se ao ambiente, a partir de estímulos externos do ambiente (fatores culturais, sociais) e internos (do próprio organismo). O subsistema cognitivo atribui um significado simbólico ao comportamento a partir da identificação, armazenamento e correlação dos estímulos, manifestados nos processos de codificação, memória, aprendizagem, julgamento, emoção. Ocorrendo uma falha no mecanismo regulador e/ou cognitivo deparamo-nos com as respostas inadaptativas (Meleis, 1991).

Assim, todos os estímulos são canalizados através dos dois subsistemas e produzem respostas através de quatro modos de adaptação: necessidades fisiológicas, auto-estima, função identidade e interdependência (Riehl & Roy, 1980).

Desta forma, o nível adaptativo de uma pessoa compreende uma zona que indica o alcance do enfrentamento que a levará a uma resposta positiva, liberando energia para outras respostas, sendo que a adaptação desta pessoa está relacionada ao seu nível adaptativo.

A enfermagem reconhece a abordagem humanística de valorização das opiniões e pontos-de-vista das outras pessoas, sendo as relações interpessoais uma parte integrante da enfermagem (Meleis, 1991). Acredito que o ser humano desenvolve e mantém sua autonomia ao se adaptar à condição específica que o afeta.

À medida que os profissionais de enfermagem incorporarem na práxis a condição multifacetada das pessoas com diabetes, valorizando sua cultura, singularidade, seu contexto social, possibilitarão uma vida com melhor qualidade a estes seres humanos.

Os conceitos de pessoa, enfermagem, saúde, ambiente e adaptação também foram derivados no sentido de sua aplicação para melhor atender à pessoa com diabetes. Os demais conceitos foram utilizados tal como definidos por Roy (Roy, 1976; Meleis, 1991; Gaibreath, 1993; Chinn & Kramer, 1995; Tiedeman, 1996).

Os conceitos a seguir referidos refletem minha compreensão acerca das concepções teóricas de Roy e registram a realidade que vivo na atividade diária junto às pessoas com diabetes.

Pessoa é definido por Roy (Tiedeman, 1996) como um sistema adaptativo aberto, holístico, único em sua essencialidade e que está em constante interação com o ambiente mutável que se reflete a partir dos estímulos internos e externos, em dois subsistemas de enfrentamento denominados: fisiológico e cognitivo que se manifestam através de quatro modos adaptativos: fisiológico (biológico), auto-conceito (psicológico), função identidade (social) e interdependência (social).

Com o desenvolvimento da teoria, Roy imprimiu a conotação de unicidade da pessoa, relatando a convicção e o compromisso dos cuidados, relacionando-os com um ambiente em mudança. Desta forma, a adaptação da pessoa ocorre em resposta a um ambiente em mudança ou para afetar o ambiente, o que a caracteriza como um processo dinâmico.

A interação na relação enfermeiro e pessoa com diabetes contribui para o processo de adaptação, uma vez que auxilia na promoção de respostas adaptativas, servindo desta forma como base para direcionar as ações de enfermagem.

A pessoa, sendo considerada um sistema adaptativo holístico, dá margem à integridade relativa biopsicossocial deste, favorecendo a visualização na sua inteireza. Diante da conjuntura atual isto é fundamental, pois assim a enfermagem adota um caráter humanístico.

A teoria de Roy evidencia um relacionamento complexo entre os modos adaptativos e os subsistemas cognitivo e regulador a partir da percepção. Ela orienta para a compreensão do processo cognitivo básico, refletindo a natureza integrada da pessoa. A natureza do princípio da adaptação é reflexiva, ou seja, está localizada na interação da pessoa com as circunstâncias/ambiente em mudança (Tiedeman, 1996).

A visão holística destacada por Roy demonstra que o comportamento é intencional, portanto, torna-se um desafio às pessoas com diabetes, pois assim

interpretado, estas devem estar conscientes e serem autênticas na vivência de ser uma pessoa com diabetes. Porém, no cotidiano, o comportamento dos enfermos geralmente é intencional, como causa e efeito. Saliento tal fato, pelo cuidado que devemos ter ao considerarmos esta questão, a fim de não fragmentarmos o cuidado, tratando-o somente em referência à causa-efeito.

Na busca da consideração da inteireza do ser humano, diante das ações de enfermagem, é importante que não esqueçamos de adequar a educação ao mundo próprio de cada um, envolvendo não só o corpo, mas tentando valorizar a sua singularidade, diante de um ambiente mutável.

Enfermagem é vista por Roy (Tiedeman, 1996) como a ciência e a prática de estimular a adaptação do ser humano, família, comunidade, sociedade, promovendo sua integridade fisiológica, psíquica e social. Visa reduzir as reações ineficazes e fortalecer os mecanismos de enfrentamento ou as respostas adaptativas como comportamento de saída da pessoa, a fim de afetar positivamente a saúde.

No contexto em que vivemos, o sentido das coisas é tendencialmente oculto e esta teoria, sob a ótica da adaptação, presta-se a desvendar facetas ocultas, a partir do compartilhamento de opiniões entre o enfermeiro e pessoa com diabetes, considerando suas opiniões, pontos-de-vista, singularidade, cultura, crenças, valores e liberdade.

A teoria de Roy, como toda construção teórica, tem muitos pontos de difícil interpretação e adequação, sendo a multidimensionalidade das ações de enfermagem que me fez buscar orientação para captar o foco do estudo, tentando evitar disfarces, mesmo que se tenha consciência das contradições existentes nesta questão.

Assim, vislumbrei uma assistência considerando a integridade bio-psico-social de forma relativa, pois no cotidiano as relações são intensificadas pelo aspecto biológico. Embora se tente incluir os aspectos psicológicos e sociais, predominam as informações acerca do conhecimento da diabetes, sintomatologia, utilização de seringas, fitas reagentes, comprimidos, insulina, rotina de exercícios físicos entre outros. Tornam-se evidentes as dificuldades no cotidiano do profissional enfermeiro que tem a responsabilidade de prestar a assistência. Acredito que este fato se saliente até o momento, devido até pouco tempo estes terem uma formação voltada para a enfermidade, tratamento em si, não vislumbrando a pessoa em sua inteireza efetivamente.

Saliento que a interação enfermeiro-pessoa com diabetes é um desafio, pois provoca reflexões sobre o comportamento humano, tanto do profissional quanto da pessoa com diabetes. Tal fato é fundamental pois nos faz desenvolver uma consciência crítica, mais autêntica e coerente, reportando-nos a situações profissionais, nas quais somos reprodutores da ideologia dominante.

O profissional enfermeiro sente-se consciente de sua responsabilidade, pois compromete-se junto à pessoa com diabetes para a promoção da saúde, ajudando-o a adaptar-se as diversas situações que se lhe apresenta.

**Saúde**, segundo Roy (Tiedeman, 1996), é um estado e um processo de tornar-se uma pessoa integrada e total, com potencial para estabelecer metas, a fim de obter respostas adaptativas. Entendo integrado, ser um estado que envolve o processo de adaptação refletindo uma condição saudável. Saúde é definida sem referência à doença, dando ênfase nos estados de bem-estar.

Percebe-se que a teoria tem ligação com os paradigmas atuais. Esta nos leva a refletir a prática, comprometidos com a humanização do cuidado. Acredito que saúde depende de uma compreensão dos conceitos de pessoa e ambiente, ligados ao conceito de adaptação.

Roy (Tiedeman, 1996) vê o ambiente como todas as condições que afetam, circundam e influenciam uma pessoa, sendo visto como entrada para a pessoa, consistindo nos estímulos internos e externos que a afetam no seu desenvolvimento e comportamento.

A teoria considera o ambiente em constante mutação, o que é compatível com a realidade em estudo. Desta forma, a teórica vislumbra valorizar as opiniões das pessoas, não as julgando de forma imediatista, mas tentando descortinar as aparências, entremeando o senso comum com o científico.

Tal interação pessoa-ambiente é conhecida como adaptação e é reflexo da sua saúde. Desta forma, à medida em que o ambiente muda, o significado de todos os estímulos também mudam, desencadeando um comportamento singular a cada situação.

**Adaptação** é descrita por Roy (Galbreath, 1993; Tiedeman, 1996) como uma resposta comportamental expressa pela pessoa em constante interação com o ambiente mutável, através de mecanismos de enfrentamento, refletidos a partir dos estímulos internos e externos recaídos dentro ou fora da zona de adaptação. É um reflexo da saúde, onde ocorre liberações de energia que promovem

integridade relativa do ser humano. Este conceito é visto como central, interligando os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem.

A aderência à teoria de Roy para o atendimento da pessoa com diabetes sob a ótica da adaptação, aproxima-nos da sua realidade, focalizando o problema do momento, seu contexto atual e histórico e demonstra uma interdependência dos aspectos psicológicos, físicos e sociais.

Estimular a adaptação valorizando as possibilidades próprias das pessoas, significa valorizar o ser humano na sua inteireza, subentendendo o tratamento sob uma relação humanística.

Cabe ressaltar que na dinâmica da aplicação, considerar a situação própria que cada um vivencia, gerou em mim uma angústia muito grande. Acredito que tal reação se deu principalmente pela formação profissional, pois está acostumados a fornecer orientações impositoras, ações diretivas, autoritárias. Isto me massacrava em muitos momentos, pois senti a sensação de impotência, uma vez que, não tinha respostas a todas as perguntas, nem soluções mágicas aos problemas. Tal situação foi fundamental, pois levou-me à elucidação de uma relação autêntica, simétrica entre profissional e pessoa com diabetes, demonstrando também minhas limitações que são próprias do ser humano.

Considero que a teoria é adequada ao tipo de pessoas atendidas, pois proporcionou uma visão ampla do ser humano sob uma perspectiva bio-psico-social em busca de uma relativa integridade, na tentativa de compreendê-lo à luz do seu mundo.

A representação gráfica da implementação do referencial teórico (figura 5, p. 35), permite uma visualização e compreensão mais detalhada do vivido.

Represento a pessoa com diabetes através da figura de uma rosa, sendo vista murcha, com pouco viço na entrada para o sistema, e na saída, após, as ações e interações de enfermagem de forma robusta, íntegra, viçosa, demonstrando minha compreensão simbólica.

Cabe ressaltar que a representação gráfica da teoria de Roy, foi adaptada com o objetivo de adequar a esse tipo de pessoas, realizando-se alterações de acordo com a proposta de operacionalização do referencial teórico. A partir dessa construção, consegui verificar junto de cada pessoa, através da consulta de enfermagem, as condutas manifestadas, que foram consideradas por mim e por eles como comportamentos adaptativos e/ou ineficazes, vislumbrando sua integridade relativa, denominada saúde.



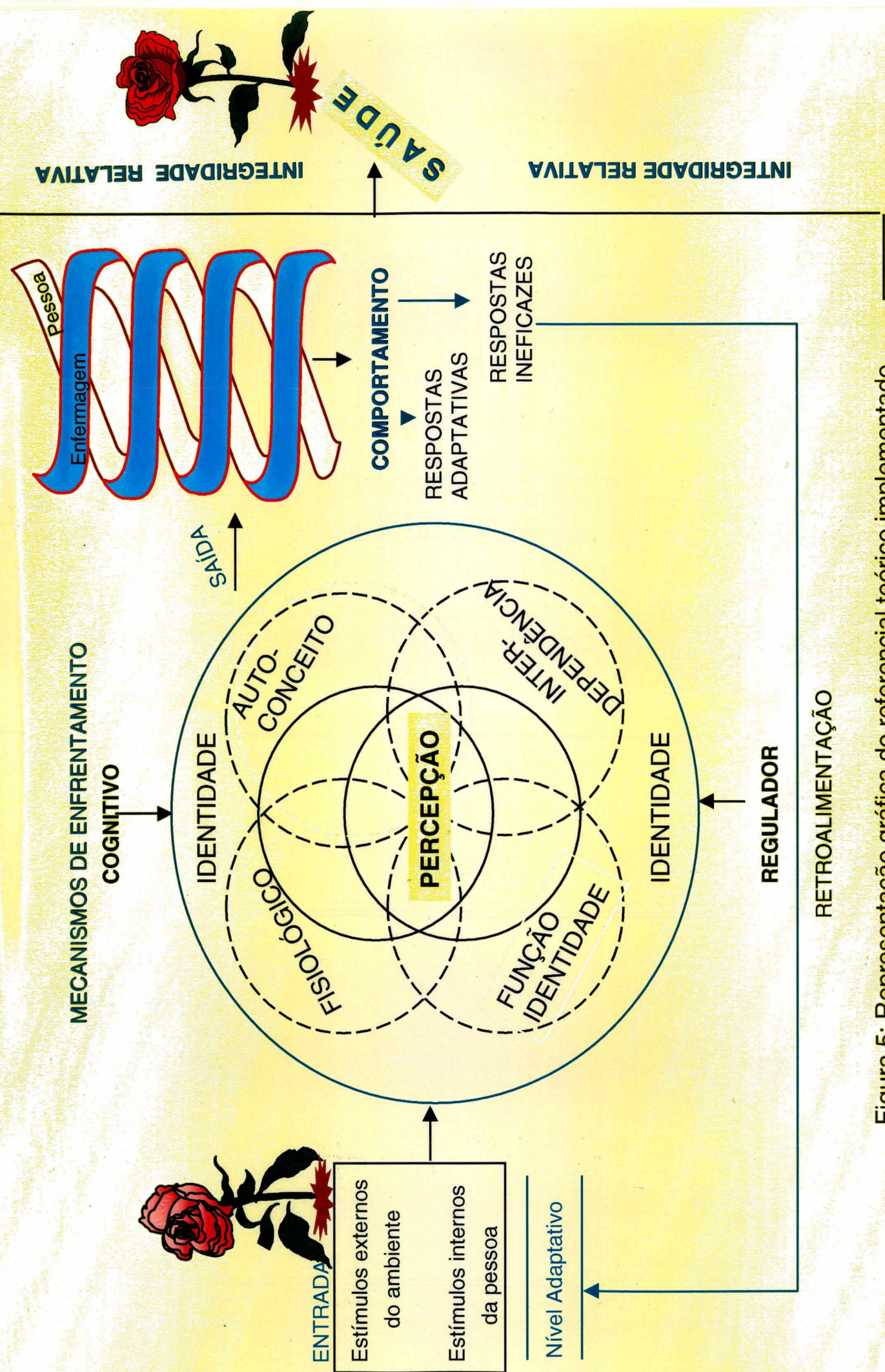


Figura 5: Representação gráfica do referencial teórico implementado



A metodologia que me permitiu trabalhar com a concepção teórica de Roy e os meios que viabilizam uma assistência de enfermagem mais humanizada e científica por ela preconizados, é apresentada na seção a seguir.

## 2.2 Trajetória metodológica

O presente estudo se insere no método de pesquisa quali-quantitativo. Compreende uma parte teórico descritiva e uma parte de aplicação à prática, pela implementação da metodologia da assistência de enfermagem baseada em Cailista Roy. O trabalho desenvolve-se numa perspectiva teórico-filosófica da enfermagem humanística.

Para Triviños (1995), o estudo descritivo pretende descrever, com uma certa precisão, os fenômenos e fatos de determinada realidade, podendo utilizar-se de análise quali-quantitativa, além do apoio estatístico de tratamento simples. Também, Cervo & Bervian (1996) salientam que estudo deste tipo permite a descrição das características e relações existentes na realidade pesquisada.

Ambos recomendam para este tipo de pesquisa, uma precisa delimitação de métodos, técnicas, teorias que orientarão a coleta e interpretação dos dados. A população do estudo deve ser delimitada de forma clara, bem como seus objetivos, questões de pesquisa, entre outros.

Diante do exposto, faço a descrição do campo de prática e população envolvida, das atividades de planejamento para implementação da prática assistencial, do processo de enfermagem e dos procedimentos empregados para análise interpretativa dos dados.

### 2.2.1 *Descrição do campo de prática e população envolvida*

As atividades propostas para prática assistencial foram realizadas no Ambulatório Ala I do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) -RS. Este é um



hospital de grande porte, um centro de referência regional com finalidades de assistência, ensino, pesquisa e extensão. O referido ambulatório localiza-se no andar térreo, local onde presta-se atendimento em todas as áreas afins, sendo as salas de atendimento distribuídas pela chefia administrativa. A área física dispõe de salas de consultório, três salas de procedimentos (curativos, punções,...), um posto de enfermagem, um lavabo, uma sala maior onde funciona o hospital-dia (local onde se presta atendimento à aidéticos à nível ambulatorial), uma cozinha, uma sala de reuniões, três banheiros e uma sala administrativa.

O quadro de funcionários é formado por três funcionários administrativos, duas enfermeiras, um técnica em enfermagem, oito auxiliares de enfermagem, uma atendente de consultório e duas auxiliares de saúde. Os funcionários são escalonados nos turnos manhã e tarde, de segunda a sextas-feiras.

Para o desenvolvimento da prática assistencial, contei com pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus, submetidos a tratamento a nível ambulatorial do Hospital Universitário de Santa Maria. A prática foi desenvolvida nos meses de outubro e novembro de 1997, através de consultas de enfermagem.

### *2.2.2 Descrição das atividades de planejamento para implementação da prática assistencial*

Primeiramente foi enviado um ofício à Direção de Enfermagem do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) pela Coordenadora do Curso de Mestrado em Assistência de Enfermagem, comunicando e esclarecendo a etapa de prática assistencial em que se encontravam as mestrandas ligadas ao Hospital Universitário de Santa Maria. Este procedimento possibilitou o estágio nas disciplinas Educação e assistência de enfermagem, Aspectos éticos na assistência em enfermagem e Prática assistencial de enfermagem do referido curso, bem como, obter autorização para aplicação da metodologia assistencial.

A seguir, visitei o Ambulatório Ala I, dialoguei com a chefe de enfermagem do setor sobre a proposta de desenvolvimento do projeto da prática assistencial neste local. Ela colocou-se á disposição para auxílio, frente aos encargos administrativos de enfermagem, encaminhando-me à chefia administrativa do ambulatório para planejamento de salas e horários.

Com a chefia administrativa, organizei o horário e salas de acordo com a disponibilidade do serviço e encaminhei ao chefe do Serviço de Arquivo Médico (SAME) para abertura de agenda de Consulta de Enfermagem segundo Roy e formas de encaminhamento das pessoas para as consultas e controle administrativo.

Após tais ajustes de planejamento e organização, realizei visita a uma pessoa com diabetes em unidade de internação do HUSM, para aplicar, na íntegra, um protocolo baseado na Teoria de Roy, e verificar as possibilidades e dificuldades que encontraria na prática. Após esta ação, realizei um comparativo entre a prática diária do ambulatório na consulta de enfermagem, que preconiza diversas bases teóricas implícitas e a consulta de enfermagem embasada na Teoria de Roy. A partir daí, criei um protocolo para ser testado na consulta de enfermagem, baseado na realidade e na Teoria de Roy, de forma a adaptar a Teoria aos meus conceitos, pressupostos e operacionalização prática a que me propus inovar.

Na proposta de execução da prática, contei com a colaboração do Programa Multidisciplinar de Prevenção e Tratamento de Pés em Pacientes Diabéticos e com o projeto de extensão "Educação e Acompanhamento de Enfermagem na Prevenção e Tratamento das Complicações do Diabetes", dos quais sou integrante, realizado principalmente às terças-feiras, à tarde encaminhei algumas pessoas com diabetes que necessitavam de consulta de enfermagem e que podiam comparecer ao ambulatório novamente.

A prática teve início na segunda semana de outubro do corrente ano. Na terça-feira à tarde daquela semana iniciava-se minha trajetória. Encontrei barreiras relacionadas com a impossibilidade de encaminhar os pacientes que atendia na terça-feira, devido à indisponibilidade de sala de curativo nos dias em que retornariam. A grande maioria desses pacientes atendidos neste dia possuía lesões cutâneas e, portanto, necessitavam revisão de seus curativos nos dias em que os atenderia para a consulta de enfermagem, por isto tive que buscar outra alternativa.

Diante do fato acima, lembrei que no HUSM existia uma equipe médica que presta atendimento a um grande número de pessoas com diabetes á nível ambulatorial, denominada Metabolismo e Nutrição (MENU). Assim, fui conversar com a médica responsável pela equipe e agendamentos. Expus a situação, apresentei meu projeto solicitando sua colaboração para que realizasse dois

encaminhamentos de pessoas com diabetes, em três dias na semana, de preferência sem lesões cutâneas. Esta concordou e ressaltou que “matéria prima não falta” e que se dispunha a realizar os encaminhamentos, fazendo alteração na forma da busca ativa da população alvo deste projeto. Desta maneira, entreguei o cronograma com os dias e horários para que fossem realizados os encaminhamentos, dando início à prática.

No dia estipulado, aguardei as pessoas e estas não compareceram. Confirmei os encaminhamentos com o pessoal da equipe médica do MENU e fui até o local de marcação das consultas onde provavelmente ocorrera o problema. Ao verificar os agendamentos no computador o número destinado não estava autorizando acesso para marcação de consultas, ou seja, estava fechada a agenda. Direcionei-me ao chefe do Serviço de arquivo médico (SAME), onde confirmei a lacuna da liberação da agenda. Este, então, liberou o acesso, reabrindo a agenda para marcação das consultas. Quanto às pessoas que haviam sido encaminhadas, não sei qual destino e informação que tiveram. Provavelmente, perderam-se na burocratização institucional.

Dialogando sobre tais problemas com a chefia administrativa do ambulatório, esta sugeriu que eu atendesse no mesmo horário da agenda do MENU, dispondo-se a adequar as salas para consulta. Assim, combinamos conversar novamente com a médica responsável por esta agenda, afim de buscarmos uma alternativa que satisfizesse a todos.

À tarde do dia subsequente, dirigi-me a chefia administrativa e esta já havia exposto a situação para a médica da agenda do MENU, além de ter redistribuído as salas em que eu prestaria atendimento. Ao contato com a equipe do MENU, seus participantes já haviam decidido que, ao receber a agenda diária, atenderiam primeiramente as pessoas com diabetes, para haver tempo de encaminhá-los para consulta de enfermagem. Após esta etapa, finalmente iniciei as consultas de enfermagem.

Desenvolvi o trabalho durante este dia e nas três semanas subsequentes. Desta forma e após este primeiro contato com as pessoas, solicitava que realizassem seu agendamento de retorno para as três semanas posteriores, a fim de realizarmos evolução e retroalimentação do processo.

Realizei as consultas de enfermagem com base no protocolo para consulta criado por mim. As atividades foram dinâmicas, com à pretensão de uma assistência numa visão holística, respeitando o código de ética profissional.

Ao primeiro contato com as pessoas encaminhadas para consulta de enfermagem, prestava-lhes esclarecimentos referentes ao estudo, solicitando seu consentimento de forma verbal, ficando acordada a liberdade de interrupção da participação em qualquer fase do estudo e assegurando-lhes o sigilo da identidade.

Na consulta de enfermagem, quando a pessoa com diabetes estava acompanhada, esta participava do encontro, para complementar a interação e busca de dados, compartilhando as metas estabelecidas mutuamente entre o enfermeiro e o consultado. Não estabeleci um período fixo de duração para a consulta sendo que os atendimentos foram realizados em consultório destinado pela chefia administrativa do ambulatório ala I do HUSM.

A cada turno de prática (segunda/quinta/sexta-feira) eram encaminhadas duas pessoas e se solicitava retorno na terceira semana posterior à primeira consulta. A amostra total constou de quinze pessoas com diabetes, sendo que três não compareceram à consulta de retorno, o que revelou uma frequência de retorno de 80% da população pesquisada.

### *2.2.3 Processo de enfermagem*

O processo de enfermagem utilizado para a operacionalização da prática assistencial foi o elaborado a partir da metodologia preconizada na Teoria da Adaptação de Roy, de forma modificada, de acordo com as contingências e necessidades do trabalho de enfermagem a ser desenvolvido a nível ambulatorial junto às pessoas com diabetes.

Roy desenvolveu o processo de enfermagem enfatizando ser este dinâmico e simultâneo, subdividindo-o em:

- avaliação de primeiro nível ou comportamental,
- avaliação de segundo nível,
- diagnóstico de enfermagem,
- estabelecimento de metas,
- intervenção de enfermagem,
- evolução de enfermagem, conforme descrito anteriormente nesta dissertação.

Embasando-me na aproximação à teoria e na derivação dos conceitos de Roy junto às pessoas com diabetes, propus uma modificação nos passos da metodologia do processo de enfermagem, subdividindo-os como:

- coleta de dados,
- diagnóstico de enfermagem,
- estabelecimento de metas e sugestões interativas,
- evolução de enfermagem,
- apreciação de enfermagem.

Tais passos fazem parte de um protocolo elaborado por mim, que serviu como instrumento de trabalho para o profissional enfermeiro nortear as ações na assistência de saúde, fazendo-se uso de instrumentos básicos do cuidar em enfermagem, denominado por Cianciarullo (1996) como: percepção, comunicação, conhecimento científico, criatividade, planejamento, avaliação, destreza manual, habilidade psicomotora e trabalho em equipe.

Os passos do processo estabelecidos por mim são explicitados de forma descritiva, a seguir:

a) **coleta de dados:** apresentei-me às pessoas com diabetes explicando-lhes o trabalho que estava realizando, colocando-me à sua disposição. Neste momento estabelecia uma interação sempre que possível, para após iniciar o preenchimento do protocolo preconizado. O instrumento captava dados sobre a identificação pessoal e do meio ambiente, exame físico e questionamentos sobre a identidade do indivíduo com diabetes frente aos quatro modos adaptativos (necessidades fisiológicas, auto-conceito, função identidade e interdependência). Esta etapa corresponde à avaliação de I e II nível na Teoria de Roy.

Para esta fase de coleta de dados, utilizei um protocolo criado e estabelecido para a consulta de enfermagem, que foi desenvolvido previamente para esta fase do processo de enfermagem que apresento abaixo.

#### 1- Identificação pessoal e do ambiente:

Nome:..... **SAME:** .....

Gênero: ( )F ( )M Etnia: ( )Branco ( )Negro ( )Outra:.....

Data de nascimento: ...../...../..... (idade.....anos)

Estado civil: ( )solteiro( )casado ( )viúvo ( )companheiro

**Religião:**..... **Naturalidade:**.....

**Profissão:**..... **Trabalha:** ( )não ( )sim:.....

**Grau de instrução:** ( )analfabeto ( )1ºgrau completo ( )1ºgrau incompleto

( )2ºgrau completo ( )2ºgrau incompleto ( )3ºgrau completo ( )3ºgrau incompleto

**Antecedentes familiares:** .....

**Alergenos:**.....

**Diagnóstico médico:** ..... **Data de manifestação doença:** .....

**Data da consulta:** (preenchimento do protocolo): .....

**Endereço:** .....

**Endereço para contato:** .....

**Saneamento: Água:** ( )sim ( )não:..... **Luz:** ( )sim ( )não:.....

**Esgoto:** ( )sim ( )não:..... **Lixo:** ( )sim ( )não:.....

## 2- Identificação dos comportamentos ligados aos modos:

### a) *Auto-conceito (eu real):*

- Como vê a si próprio?
- Como gostaria de ser visto?
- Como gostaria de ser?
- Como vê a sua condição de saúde e terapêutica?(FI)\* Como se sente em relação à terapêutica?
- Como considera a doença? Têm conhecimento e expressa alguma coisa sobre a doença?(O que sabe)?
- (FI)Como se sente com a condição de saúde afetada?
- Como considera a equipe de saúde? (FInterd)\*\* Como vê seu relacionamento com a equipe de saúde?
- Como vê o sistema de saúde?
- Como acha que sua família a vê? (FInterd)Como vê seu relacionamento com a família?
- Como vê seus hábitos preferenciais (bebida, cigarro, automedicação, lazer)?

### b) *Função Identidade (eu refletido):*

- Como se sente em relação à sua ocupação?Quais os recursos disponíveis no ambiente de trabalho e/ou em relação às ações cotidianas?

\* (FI): Função identidade

\*\* (Finterd): Função interdependência

- Como se sente nas relações familiares: como esposa(o)? mãe/pai? filha/o? avó (ô)? viúva(o)?
- Gostaria de expressar como se sente ou vê sua sexualidade, ou perguntar algo sobre sexualidade?

**c) Interdependência (eu projetado):**

- Como vê seu relacionamento com as outras pessoas com diabetes?

**d) Necessidades Fisiológicas:**

- Como se sente em relação ao:

**- Sistema Nervoso:**

Sono/repouso:

Etilista: ( ) não ( ) sim. Tempo:..... Quantidade diária:..... Tipo:.....

Drogas tóxicas: ( ) não ( ) sim. Tempo:..... Quantidade:..... Tipo:.....

**- Aparelho respiratório:**

Tabagista: ( ) não ( ) sim. Tempo:..... Quantidade diária:..... Tipo:.....

**- Aparelho cardiovascular:**

**- Aparelho digestivo:**

Alimentação:

**- Sistema Endócrino:**

**- Aparelho Urinário:**

Próstata:

**- Aparelho Genital:**

Filhos: ( ) não ( ) sim. Quantos:( )F ( )M Se mãe: Gesta:.... Partos: .....Abortos:....

Exames preventivos: Auto exame mama ( ) sim ( ) não

Citopatológico anual: ( ) sim ( ) não

**- Órgãos dos sentidos:**

Fundo de olho anual: ( ) não ( ) sim. Qual resultado de exame prévio, data:

**- Sistema Músculo Esquelético (membros superiores e inferiores):**

Edema: ( ) não ( ) sim. Onde:

Têm úlcera: ( ) não ( ) sim:( )limpa ( )contaminada/cultura:.....

Região:

Tratamento realizado: ( ) água e sabão ( ) antibiótico sistêmico

( ) substância alternativa. Qual: Período:

Tempo de lesão: ( ) menos de 7 dias ( ) entre 15 a 30 dias ( ) mais 30 dias

Limitação na mobilização: ( ) sim ( ) não

Tipo de lesão:  neuropática  isquêmica  traumática  outras:

Têm amputações:  não  sim:  MID  MIE  pé D  pé E  
 pododáctilos  outros

Alteração de sensibilidade:

*Térmica*  não  sim *Tátil*  não  sim *Dolorosa*  não  sim

Pulso:  presente  ausente. Local:

Temperatura:  normal  frio. Local:  quente. Local:

Turgor cutâneo:  normal  diminuído

Micoses interdigitais:  não  sim. Onde:

Calosidades:  não  sim. Onde:

Tipo de calçado:  tênis  chinelo  calçado ortopédico  calçado comum  
 outros:

Higiene dos pés:  boa  ruim  regular

Deambulação:

(Avaliação do sistema músculo esquelético, adaptado de Gamba, 1991)

- **Higiene (geral):**  boa  ruim  regular

- **Tratamento:**

dietoterapia. Tipo:

Há quanto tempo?

Período:

exercício físico. Tipo:

Há quanto tempo?

Período:

hipoglicemiante oral. Há quanto tempo:  0-5 anos  5-10 anos  +10 anos

Dose: Manhã..... Tarde..... Noite.....

insulino terapia. Há quanto tempo:  0-5 anos  5-10 anos  +10 anos

Dose: Manhã..... Tarde..... Noite.....

Auto-aplicação:  sim  não. Por que?

Satisfatório conhecimento geral autoaplicação:  sim

não. Quais dificuldades:

Como se sente em relação a auto-aplicação de insulina?

Tratamentos Correlatos:  não  sim. Quais?

- **Exames periódicos:** (prévios):

Faz controle de glicemia periférica regularmente:  não  sim Em que frequência:

Como se sente em relação ao seu auto-monitoramento da glicemia?

**Mensuração:** Data:.....

Sinais vitais: PA: P: R: T: Glicemia periférica:.....mg/dl





intervenção adequada para o processo de adaptação, pois através da comunicação, estes priorizaram os comportamentos mais importantes a serem considerados no momento e identificarão as ações que possam contribuir para a modificação destes comportamentos.

**c) estabelecimento de metas e sugestões interativas:** neste momento apreciei junto com as pessoas com diabetes, os resultados comportamentais explicitados no diagnóstico, fazendo emergir sugestões interativas. Sempre que necessário, realizava intervenções de enfermagem através de diálogo, ou seja, utilizava os instrumentos da comunicação, visando fazer emergir ações que efetuassem e reforçassem o seu comportamento e alternativas que possibilitassem efetuar mudanças no sistema de adaptação da pessoa. As alternativas, quando necessário, eram sugeridas pelo profissional enfermeiro, através do processo educativo, sendo selecionadas as prioritárias. Após, transcrevia a meta interativa como reforço aos comportamentos adaptativos e ajustes aos ineficazes.

**d) evolução e apreciação de enfermagem:** no retorno da pessoa à consulta subsequente, realizava a apreciação dos resultados comportamentais a partir da comparação das metas e sugestões interativas propostas com os comportamentos elucidados pela pessoa, fazia também uma revisão do protocolo básico, na busca de alterações que pudessem ter ocorrido, com mensurações da pressão arterial, peso, realização do cálculo de índice de massa corporal, glicemia capilar. Neste momento fazia a evolução descritiva e os reajustamentos às metas, exigindo por vezes o retorno ao processo inicial. Ação esta, denominada por Roy de retroalimentação.

Na prática, realizei um padrão avaliativo que denominei apreciação, onde subclassificava os comportamentos em:

- **eficaz:** quando a resposta em determinada circunstância é benéfica, porém, mesmo positiva, a resposta pode ser reforçada para uma continuidade da vida com melhor qualidade,
- **parcial:** respostas sem alcance efetivo, sendo parciais em relação ao objetivo de ter uma vida com melhor qualidade,
- **ineficaz:** resposta ou comportamento insatisfatório em relação ao objetivo de ter uma vida com melhor qualidade.

Na ocasião da consulta, eu anotava a apreciação na coluna ao lado, denominando-a de classificação comportamental. Apreciava item por item e designava a situação em que se encontrava, determinando a partir daí, qual a intervenção de enfermagem a ser adotada, contando com a participação da pessoa com diabetes.

Conforme elucidei anteriormente, modifiquei o protocolo estabelecido no projeto, requerendo realizar um novo quadro a cada retorno do paciente. Assim, a cada retorno abria um novo quadro com data de abertura, anotação das mensurações e revisão de alterações no protocolo em geral, apreciando os comportamentos anteriores, constituindo novamente o diagnóstico. Após, traçávamos metas e sugestões interativas e, ao retorno, a evolução e apreciação, e assim sucessivamente.

No momento da realização da evolução e apreciação das metas, as respostas comportamentais são reavaliadas com a finalidade de reajustar as abordagens e, sempre que necessário, retornando aos primeiros passos do processo de enfermagem, realizando assim a retroalimentação.

A seguir exponho a última parte do protocolo da consulta de enfermagem, na tentativa de demonstrar como era desenvolvido o processo de enfermagem no qual descrevia o diagnóstico, metas e sugestões interativas, evolução e apreciação.

Data de abertura	Diagnóstico	Metas e sugestões interativas	Evolução	Apreciação*
	a) auto-conceito  b) função identidade  c) interdependência  d) necessidades fisiológicas			

\* Apreciação: eficaz: resposta benéfica e/ou com necessidade de reforço, parcial: respostas sem alcance efetivo, ineficaz: resposta insatisfatória.

De acordo com a proposta de trabalho, ao final da consulta era marcado retorno, para que neste próximo momento se realizasse a evolução de enfermagem, verificação dos benefícios da proposta para a promoção à saúde das pessoas com diabetes.

Todo processo das pessoas com diabetes foi registrado no protocolo, sendo este procedimento realizado em duas vias (com papel carbono), para que pudessem levar consigo a cópia, na tentativa de assegurar o processo interativo e “construção de uma consciência individual e coletiva através do compromisso social e profissional” pela responsabilidade das relações de trabalho. (Passos, 1995; Conselho Regional De Enfermagem, 1996).

Quando a pessoa com diabetes apresentava lesão nos membros inferiores, utilizei um outro protocolo, já usado no Ambulatório do Pé Diabético do HUSM, para exame clínico dos membros inferiores, no qual faz-se o desenho e a caracterização das lesões (anexo 2). Também como complemento da interação da equipe multiprofissional, sempre que detectei lesões fúngicas nas unhas e pele no exame físico, fiz encaminhamentos para a equipe médica coletar material fúngico e contei com o apoio de um projeto denominado “Estudo das infecções fúngicas em pacientes diabéticos da região de Santa Maria-UFSM-HUSM-RS”, que agendava os pacientes para data de coleta, retorno para continuidade do tratamento. Os pesquisadores de tal projeto realizaram a coleta de material, discussões dos casos com os dermatologistas, para posterior prescrição medicamentosa, orientações e cuidados. Contei também com encaminhamentos para o serviço de nutrição e urologia, a partir de marcação de consultas conforme agenda.

Para as mensurações, utilizava balança para dados ergométricos, tais como massa corporal e altura, calculadora para cálculo de índice de massa corpórea (IMC), glucosímetro para verificação do nível de glicose sanguínea, aparelho de pressão arterial, relógio com segundeiro, termômetro, para verificação dos sinais vitais.

A fim de melhorar a interação com a equipe de enfermagem, na reunião mensal de outubro, apresentei e forneci o resumo do projeto de prática assistencial, colocando-me como membro da equipe durante este período e solicitando a colaboração dos funcionários. A equipe de enfermagem demonstrou receptividade, interesse, requerendo esclarecimentos.

Saliento que durante toda implementação da metodologia segundo Roy, no processo de enfermagem manteve vínculo direto com os demais profissionais de saúde, sendo elo de ligação, tanto para encaminhamentos, esclarecimentos, resoluções, demonstrando ser fundamental no processo interativo pessoa com diabetes/equipe de saúde.

Após a construção e implementação da metodologia baseada em Roy, no processo de enfermagem e coleta dos registros das consultas de enfermagem no protocolo estipulado, foram elaborados quadros demonstrativos da implementação da prática quanto aos comportamentos adaptativos e inadaptativos após as ações de enfermagem.

Os referidos quadros contendo os resultados da implementação da prática assistencial foram analisados em todos os dados que eles contém atendendo ao objetivo dos modos adaptativos preconizados por Roy. Ainda nesta fase analítica tecerei considerações e interpretações dos achados sob o enfoque quali-quantitativo.

Esses quadros têm a finalidade de valorizar as informações colhidas com os clientes, permitindo identificar e avaliar as ações de enfermagem. Eles também permitem uma ampliação da análise, porque refletem os questionamentos suscitados no referencial teórico que emergiram como argumentos de análise de outros aspectos do estudo.

Baseada em Triviños (1995), sobre a interpretação dos dados na pesquisa qualitativa, organizei a análise levando em consideração três aspectos:

- a) respostas dadas pelas pessoas com diabetes através dos instrumentos utilizados,
- b) fundamentação teórico-metodológica da temática,
- c) coerência das respostas obtidas com a proposta do estudo.

Devo explicar que não utilizei a estratégia de categorização das respostas obtidas, porque além das falas das pessoas, contei com dados captados pela observação e porque este estudo, em alguns momentos, tem caráter quantitativo.

Assim, para ampliar a análise dos achados, de modo a valorizar os resultados, preferi utilizar argumentos de análise a partir de quatro perguntas que facilitam o alcance do objetivo.

As perguntas inserem-se na temática desenvolvida, por sua aderência com a fundamentação teórica, as respostas das pessoas com diabetes e com a

experiência pessoal da investigadora, constituindo-se, portanto, numa estratégia de análise, com respaldo nas diretrizes metodológicas adotadas.

Os argumentos de análise que emergiram são:

- O que ocorreu com os participantes após ações de enfermagem?  
Apresentaram comportamentos “mais” efetivos? Por quê?
- Em que houve efetiva contribuição da enfermagem?
- Como a teoria de Roy pode ajudar pessoas com diabetes?
- Que conceitos foram mais efetivamente trabalhados?

A análise apresentada no capítulo a seguir procura identificar, no âmbito da enfermagem, formas de contribuição que possibilitem às pessoas com diabetes, uma vida com melhor qualidade.

### **3 ANÁLISE DA PRÁTICA ASSISTENCIAL IMPLEMENTADA**

#### **3.1 Apresentação e descrição da vivência da prática assistencial no ambulatório junto às pessoas com diabetes**

O presente estudo incluiu quinze pessoas com diabetes, atendidas na consulta de enfermagem em nível ambulatorial, mediante a operacionalização do processo de enfermagem elaborado para prática assistencial, com base no processo de enfermagem preconizado na Teoria da Adaptação de Callista Roy. A população envolveu, quanto ao gênero, 67% (10) pessoas do sexo feminino e 23% (5) pessoas do sexo masculino, sendo que houve predomínio de 73% da população do estudo com diagnóstico de diabetes mellitus tipo II. Quanto à faixa etária, 80% das pessoas apresentavam idade acima dos 50 anos, sendo 66% casados e com data da manifestação da enfermidade entre 10 dias há 10 anos, sendo que 47% possui antecedentes familiares diretos. Constatou-se que 93% da população é alfabetizada e que 73% mantém algum tipo de trabalho no seu cotidiano.

Quanto à procedência, 67% residem em Santa Maria, estado do Rio Grande do Sul e 33% pertencem à região oeste do Estado. Este fato reafirma o caráter regional do atendimento do Hospital Universitário de Santa Maria. A totalidade (100%) afirma viver em condições satisfatórias de saneamento básico.

No anexo 1, apresento a caracterização mais detalhada da população alvo, com números e percentuais a partir de gráficos, para esclarecer ao leitor que requeira identificar outras peculiaridades.

A partir deste momento, apresento os quadros sinópticos com os demonstrativos da apreciação dos comportamentos adaptativos (quadro 1) e dos comportamentos ineficazes (quadro 2). Eles têm base nos dados levantados do protocolo elaborado previamente para consulta de enfermagem (que se encontram em poder da autora deste estudo). Suprimo os dados de identificação, substituindo-se por enunciados em letras do alfabeto, a fim de respeitar a

privacidade e intimidade do cliente, descrita no artigo 27º do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem ( Conselho Regional de Enfermagem, 1996).

A seguir, no quadro 1, apresento as respostas adaptativas e no quadro 2, as respostas inadaptativas ou ineficazes, em cada um dos modos de enfrentamento ou mecanismos de controle preconizados por Roy, ou seja, auto-conceito, função identidade, função interdependência e necessidades fisiológicas. Os quadros mostram os comportamentos que as pessoas com diabetes manifestaram após a intervenção de enfermagem (isto é, a partir do segundo encontro).

A população atendida na prática assistencial como primeira consulta com a enfermagem, fez um total de quinze pessoas com diabetes, sendo que destas três não compareceram à consulta de retorno, o que nos revela uma frequência de retorno de 80% da população. Desta forma, apresento nos quadros, somente os que efetivaram o retorno, ou seja, doze pessoas, pois a finalidade neste momento é justamente demonstrar as reações comportamentais em cada mecanismo de enfrentamento, porém na redação descritiva incluirei os que não retornaram, até mesmo na tentativa de realizar análise destes fatos.

Os quadros a seguir apresentados são um demonstrativo da apreciação dos comportamentos adaptativos (quadro 1) e dos comportamentos ineficazes (quadro 2) das pessoas com diabetes assistidas no ambulatório através da consulta de enfermagem.

No quadro 1, estão apresentadas as respostas adaptativas das pessoas. Constata-se que a ação do profissional enfermeiro deu-se no sentido de reforçar as respostas comportamentais adaptativas, através de uma melhor adequação, ou seja, pelo diálogo que teve com a pessoa com diabetes sobre como se sentia, como via, como considerava sua forma de ser(auto conceito), sua representação perante os outros (identidade), sua forma de relacionar-se com os demais (interdependência) e como se sentia em relação às suas necessidades fisiológicas (biológico). Frente às suas experiências já vividas, o enfermo sugere novas condutas para auxiliar a si próprio. Neste momento, o profissional enfermeiro ouvia atentivamente suas respostas e com conhecimento técnico e científico voltado para a finalidade do processo adaptativo, auxiliava-o, estimulando-o a refletir sobre seus questionamentos e retorno para reforçar os cuidados que lhe davam como resultado uma resposta adaptativa, a fim de manter uma resposta comportamental adaptativa e efetuar uma melhor interação entre ambos.



QUADRO 1 - Demonstrativo da apreciação dos comportamentos adaptativos das pessoas com diabetes assistidas no ambulatório ala I - HUSM de outubro/novembro de 1997.

Pessoa	AUTO CONCEITO	FUNÇÃO IDENTIDADE	F. INTERDEPENDÊNCIA	NECESSID. FISIOLÓGICAS
A	Incorporação do lazer, intensificação do asseio corporal,	Correlação mais efetiva com as pessoas, aumento na auto-valorização enquanto pessoa, melhoria na auto-estima.	Tem tentado seguir conduta um pouco melhor, pois admira a conduta e força de vontade do filho diabético.	Adequação à regularidade do exercício físico e
B	aumento auto-estima Não identificado	Não identificado	Compartilhando as informações, tentando auxiliar os demais a tornarem-se mais conscientes.	monitoração da glicemia capilar. Diminuição do peso corporal, adequação ao exercício físico regular.
C	Deixou de fumar	Não identificado	Não identificado	Manutenção do peso corporal, adequação do calçado no campo, corte das unhas e hidratação dos MIs, exercício físico regular.
D	Incorporação do lazer, esforçando-se ficar mais calma.	Não identificado	Não identificado	Adequação ao exercício físico regular.
E	Inteiração quanto a informações sobre horários da equipe de saúde. Mais tranqüilo Não identificado	Adequação horário das refeições com o trabalho. Adequação hábito do uso de medicação. Não identificado	Reafirmou relação com o filho. Diálogo com família sobre restrições e enfermidade. Diálogo com a equipe de trabalho para compreensão de situações momentâneas. Diálogo com pessoas com diabetes, compartilhando informações na tentativa de conscientizá-las. Não identificado	Adequação ao exercício físico regular, monitoração da glicemia capilar, uso de meia de algodão, diminuição do peso corporal e glicemia capilar, realização de exame fundo olho.
F	Procurou saber mais sobre a enfermidade e cuidados	Expressão para a equipe de saúde que não gosta de ser atendida por acadêmicos. Não identificado	Não identificado	Intensificação da dieta, diminuição do peso e glicemia capilar, adequação ao uso de calçado, hidratação dos MIs e meia de algodão. Adequação ao auto exame das mamas e
G	Procurou conhecer mais sobre a enfermidade e cuidados	Não identificado	Não identificado	hidratação dos MIs, elevação dos MIs.
H	Mais alegre	Dialogou com esposo sobre sexualidade. Modificou forma de realizar certas atividades após detecção da enfermidade Não identificado	Não identificado	Diminuição do peso e glicemia capilar, leitura do material fornecido sobre enfermidade e cuidados, adequação ao exercício físico, ao hábito de comer devagar, cuidados adequados qto aos pés, secagem entre os dedos. Adequação a regularidade do exercício físico, cuidado com pés, secagem entre os dedos.
I	Procurou saber mais sobre a enfermidade e cuidados	Não identificado	Não identificado	Adequação à hidratação dos MIs, cuidados com lesão no pé D, regularidade dos exercícios físicos e verif. PA, uso de calçado e meia de algodão, manutenção do peso, monitoração fundo de olho, comparecimento ao médico urologista.
J	Procurou saber mais sobre a enfermidade e cuidados	Não identificado	Não identificado	Manutenção do peso e glicemia capilar, intensificação na dieta, comparecimento cons. nutricionista, adequação hidratação MIs, exercícios físicos. Marcação consulta com ginecologista.
L	Procurou saber mais sobre a enfermidade e cuidados	Não identificado	Não identificado	Reforçou o hábito de mastigar bem os alimentos, adequação ao uso do calçado, meia de algodão, exercício físico.
M	Incorporação do lazer, distração. Reflexão sobre preocupações e irritabilidade.	Busca de tratamento com urologista	Não identificado	

QUADRO 2 - Demonstrativo da apreciação dos comportamentos ineficazes ou inadaptativos das pessoas com diabetes assistidas no ambulatório aia I - HUSM de outubro/novembro de 1997.

Pessoa	AUTO CONCEITO	FUNÇÃO IDENTIDADE	F. INTERDEPENDÊNCIA	NECESSID. FISIOLÓGICAS
A	Não identificado	Não identificado	Não identificado	Inadequação dieta, aumento de peso
B	Não identificado	Não identificado	Não identificado	Uso inadequado da meia e corte das unhas dos pés
C	Dificuldade de enfrentar problemas. "Se pudesse mandar outros para comparecer ao tratamento, mandaria"	Não identificado	Dificuldade de relacionamento com nora, isto interfere no relacionamento com os netos	Uso inadequado do sapato (sem meia)
D	Não identificado	Não identificado	Não identificado	Aumento do peso, aumento da glicemia capilar, inadequada hidratação dos MIs, inadequação a dieta (gordura,...), ausência de busca de avaliação ginecológica, inadequado uso de meias. (Trata-se Psicose Maníaca Depressiva)
E	Não identificado	Sentimento de inadequação com a área de trabalho. Estresse. (tentando transferência)	Não identificado	Não identificado
F	Não identificado	Não identificado	Não identificado	Ausência de regularidade exercício físico
G	Vê que poderia ser mais magra (é obesa)	Não identificado	Não identificado	Aumento peso, aumento glicemia capilar, inadequado uso meias, inadequação a dieta, (sacrifício, tentada a comer), ausência de busca para a avaliação ginecológica.
H	Preocupada	Não identificado	Não identificado	Uso inadequado de calçado no campo e inadequado uso de meias, (não auto-aplicação de insulina)
I	Não identificado	Não identificado	Não identificado	inadequação cuidado com pés, aumento peso, aumento glicemia capilar, inadequação a dieta (cozinha/festa: ou morro ou vivo, tenho que provar")
J	Não identificado	A diabetes é horrível e não é horrível. Outra pior que esta, impossível.	Sente-se aborrecido por estar longe dos irmãos (todos são diabéticos, um faleceu por complicações do diabetes). Todos moram longe, gostaria de relacionar-se mais com eles, ajuda a se conformar.	Inadequação ao uso do calçado, irregularidade no controle da dieta (abusa às vezes), inadequado conhecimento qto sensibilidade dos pés.
L	Nervosa. Preocupada com problemas que a doença pode trazer. Dificuldade de comprar medicamentos.	Não identificado	Não identificado	Inadequação ao uso de calçado
M	Não identificado	Não identificado	Não identificado	Aumento do peso, aumento da glicemia capilar, alterações do fluxo intestinal

Dando continuidade à análise das respostas adaptativas, percebe-se que em relação ao mecanismo de enfrentamento denominado auto cuidado, 67% apresentaram respostas adaptativas ou as retomaram após interação com o profissional enfermeiro, e 33% não apresentaram fatores de relevância comportamental que demonstrassem necessidade de atitudes de mudança ou reforço no processo adaptativo.

Quanto ao mecanismo de enfrentamento, denominado função identidade, 58% apresentou modificação ou reforço no seu modo de agir como condutas comportamentais adaptativas e em 42% não apareceram fatores com necessidade de alterações.

Quanto ao mecanismo de enfrentamento denominado função interdependência, 33% manifestaram esforço na retomada de comportamentos adaptativos e 67% não acusaram problemas neste sentido.

Quanto às necessidades fisiológicas, notou-se 100% de empenho em retomar respostas adaptativas ou de reforçá-las, principalmente quanto à conscientização de hábitos básicos de higiene como: secar bem entre os dedos dos pés, usar meias de algodão, hidratação da pele, adequação ao exercício físico regular, hábito de alimentar-se devagar, mastigar bem os alimentos, adequação e inspeção do calçado, entre outros cuidados considerados á pessoa com diabetes essenciais e necessários. Este mecanismo de enfrentamento foi o que demonstrou maior número de intervenções. As necessidades de alterações neste âmbito tornaram-se mais evidentes, pois em todas as consultas houve a necessidade de reforços nos hábitos cotidianos básicos, relacionados aos cuidados com o físico. Neste aspecto, foi clara a sujeição da modificação comportamental ou readaptação nos atos básicos e bem menos toleráveis pois exigiam um esforço maior da própria pessoa como: regularidade na execução de exercício físico, adequação à dieta com conseqüente manutenção do peso corporal, ou seja, comportamentos que exigiam um grau de renúncias pela conscientização da necessidade de mudança frente à promoção de sua saúde. Nesta consideração percebeu-se realmente uma efetiva resistência às mudanças. Questiono se muitos agem assim por ser o diabetes uma patologia crônica e terem consciência de que as complicações por mais que se cuidem, um dia virão. Por mais que se saliente que a efetividade das atividades preventivas, auxiliarão na prevenção das complicações inevitáveis, pois assim, estas serão postergadas. Desta forma, comprova-se que se a ação do profissional enfermeiro for diretiva, não levando em

consideração as opiniões e pontos-de-vista da pessoa com diabetes, ele não alcançará uma transformação.

Confirma-se na operacionalização da metodologia do processo de enfermagem de Roy, a evidência do trabalho educativo como estratégia para o processo adaptativo. Uma vez que os resultados mais significativos foram obtidos por meio dela.

Na apreciação dos comportamentos adaptativos das pessoas com diabetes assistidas no ambulatório, em todos os momentos experimentou-se um trabalho participativo, conjunto, valorizando suas potencialidades.

Frente aos dados onde descreveu-se como “não identificados”, compreende-se que a pessoa ou não apresentava e/ou não expressava problemas de adaptação ao processo interativo, ou até aquele momento, o profissional enfermeiro não havia percebido qualquer novo problema.

Quanto ao quadro 2, no qual estão apresentados os comportamentos ineficazes ou inadaptativos das pessoas com diabetes, houve uma demora maior em identificá-los. Tal fato, pode ser atribuído à minha falta de experiência para identificar os modos auto conceito, identidade e interdependência, em razão da formação profissional voltada mais para a observação de aspectos da fisiopatologia. Outra justificativa para os resultados apontados é o fato de ser o 2º encontro quando é comum ocorrer uma menor interação. No modo ou mecanismo de enfrentamento denominado auto conceito, foram identificadas 33% de respostas ineficazes, junto com a pessoa com diabetes e em 67% não foram identificadas. Nos modos de enfrentamento, função auto-conceito e interdependência, as cifras percentuais foram idênticas, sendo identificado somente 17% de respostas ineficazes e 83% não foi possível a identificação, em ambos os mecanismos. Tais cifras demonstram as dificuldades que as pessoas têm de expressarem seus temores, suas angústias, suas limitações e também as limitações do profissional enfermeiro em suas ações diante, muitas vezes das precárias condições que tem para proporcionar um processo interativo. Digo isto referindo-me ao número restrito de vezes que mantemos contato com as pessoas a quem assistimos. A adequação da comunicação por parte do profissional enfermeiro a fim de que ocorra compreensão por parte da pessoa assistida, devido a variedade de pessoas a quem eles expressam seus problemas, entre muitos outros fatores que vivenciamos no nosso cotidiano.

Quanto ao mecanismo de enfrentamento denominado necessidades fisiológicas, foram identificadas respostas ineficazes em 100% da população atendida.

Este fato levou-me a concluir que é difícil as pessoas modificarem seus hábitos de vida em prol de sua situação de enfermidade, uma vez que têm consciência de ser esta, o diabetes, uma patologia crônica. Do momento em que houve uma exigência própria, ou seja, uma consciência individual, a mudança aconteceu, porém foram pequenas as transformações e mesmo assim, estas tiveram que ser reforçadas constantemente. Notou-se o empenho da família ser um amparo importante, e os que não os tinham em casa, ou com grupo, retornaram mais vezes sem marcação prévia, para solicitar orientação, ou trocar idéias.

A necessidade intrínseca de mudança de atitudes demonstra a necessidade do enfrentamento das limitações do ser humano e isto foi expresso pelas pessoas com diabetes e percebido pelo profissional enfermeiro. Não é uma circunstância simples, fácil e desta forma dificulta o processo de adaptação. Salientamos então que é fundamental o trabalho continuado, reflexivo, valorizando suas opiniões, prioridades, pontos de vista, para que se alcance uma verdadeira mudança nas respostas comportamentais.

A análise dos quadros sinópticos é ampliada por meio de uma estratégia que tem por base, argumentos que emergiram do referencial teórico, consubstanciados em quatro perguntas, conforme item 3.2.

Este segundo momento de análise interpretativa permite tornar mais clara a compreensão da realidade vivenciada na prática assistencial junto às pessoas com diabetes, diante das respostas registradas no protocolo de consulta de enfermagem, utilizado para alcançar o objetivo formulado.

### **3.2 ARGUMENTOS DE ANÁLISE**

Conforme explicado na trajetória metodológica, utilizo quatro questões como argumentos de análise, a seguir apresentadas.

***O que ocorreu com os participantes após ações de enfermagem?  
Apresentaram comportamentos mais efetivos? Por quê?***

Partindo do apreendido nos quadros explicitados anteriormente e nos protocolos de consulta de enfermagem, descrevo o que ocorreu com as pessoas, após as ações de enfermagem.

A população total estudada fez quinze pessoas (100%), sendo que três pessoas (20%) não compareceram ao retorno. Diante deste fato, entrei em contato telefônico com dois deles, enviando-lhes uma carta solicitando a expressão de como viu e como sentiu a consulta de enfermagem, pois sempre ao final do segundo encontro, conversava e perguntava se gostariam de expressar seu entendimento sobre este assunto, pois me auxiliariam no estudo, obtendo respostas posteriormente.

Tive esta atitude para esclarecer a consulta, pois desde o primeiro contato até o final, penso ter percebido se houve empatia entre o profissional enfermeiro e a pessoa com diabetes, e sempre que possível com a família ou acompanhante. Saliento que pela comunicação, expressão corporal, tornam-se claras as repercussões e o significado das relações, ou seja, se houve compreensão do compromisso da pessoa com diabetes ou se o encontro foi vago.

Em muitos depoimentos, as pessoas com diabetes expressaram que as ações de enfermagem contribuíam para o seu bem estar e promoção da saúde. Neste contato através da consulta de enfermagem, alguns expressaram-se e apresentaram-se apreensivos, estressados, cansados, nervosos, depressivos, isolados, desanimados, referindo sentir-se ruim, diferente dos outros. Em contrapartida, outros demonstraram abnegação, aceitação relativa apresentando respostas ambíguas, com um certo descompasso com a realidade, demonstrando contradições em seus depoimentos.

Os trechos a seguir transcritos, permitem identificar esta realidade vivida e expressada pelas pessoas com diabetes. Apresento os depoimentos seguidos de comentários sem o estabelecimento de critérios rígidos para esta análise. Por isso, às vezes uma interpretação surge após um, ou vários depoimentos. Estes foram apresentados de acordo com sua aderência com os argumentos de análise. Após cada trecho, entre parênteses refiro a pessoa, reportando-me ao protocolo de

consulta identificado por uma letra do alfabeto. Suprimo seu nome atendendo a parâmetros éticos e incluo em seguida seu sexo e idade.

*“Vejo a doença como um transtorno. Tira a liberdade, prazeres. . . nem a cervejinha, pode tomar! Não posso ir mais em nada, sinto-me abalado, isolado. Depois que começou a insulina, piorou! Acho chato, sinto-me decepcionado” (Pessoa N, M, 58 anos).*

*“Muito ruim, devido sentir-me diferente dos outros, nervosa, triste. Dependendo de médico, remédio, me sinto deprimida” (Pessoa A, F, 59 anos).*

*“Triste, aborrecida, sem vontade para nada. O que ganha, gasta em médico, vai um ponto que a gente se entristece. Me sinto doente, mas não gosto de ter que sair de casa para vir ao hospital, isto me preocupa. Se pudesse mandar outro no lugar, mandaria” (Pessoa C, F, 60 anos).*

*“Preocupada, nervosa, reservada. Doença para mim é uma tristeza. Tenho medo das complicações, mas devo me conformar!” (Pessoa P, F, 77 anos).*

*“Bem, na minha idade, fazendo acompanhamento aqui. O que foi, o que está hoje! Vai enquanto der, enquanto estou aqui” (Pessoa O, F, 73 anos).*

*“Natural. A gente vai envelhecendo, vai surgindo as dificuldades, mas estou descontente, não sei se pela minha gordura. Tenho meus recalques! Gostaria de ser magra, mas não muito senão fica envelhecida, enrugada. Vejo que cada um tem que aceitar o que Deus manda. Não acho tão pior, Deus me livrou do câncer! Divertia-me quando nova” (Pessoa H, F, 66 anos).*

*“Vejo que poderia ser mais magra. Venho aqui, vejo pessoas caminhando de muleta! Não gosto de gente que não se esforça, não faz nada, só pedem, mas não fazem nada para colaborar. Doença é algo da vida, fazer o quê?, é o que a gente vê!” (Pessoa G, F, 68 anos).*

*“Sinto-me braba, irritada, mas vejo a doença, até às vezes, digo para mãe: diabete não é doença, tratando-se. Tem é que conviver com ela” (Pessoa M, F, 34 anos).*

*“Me sinto contente, faceira, não sinto nada de diferente porque tenho diabete. Vejo assim: diabete e câncer são semelhantes. Os dois não tem cura, mas tratando o que têm diabete, vive bem. Eu não noto diferença entre eu com os demais” (Pessoa I, F, 67 anos).*

*“Bem. A vida ensinou o que sou hoje. Gostaria que todos tivessem religião. A doença? Alarme de Deus, idade, o que é? Nunca fui muito doente. Depois que apareceu o diabete, não estranhei muito! Dieta, tratamento” (Pessoa F, M, 71 anos).*

*“Feliz! Simples! Sinto-me 100%. Gostaria que a doença desse antes, eu era forte, me sentia pesado. Considero que a diabete é uma doença como o câncer.*

*Só não mata tão rápido. Liquida, mata rápido se não se cuidar. É uma doença crônica” (Pessoa B, M, 32 anos).*

*“Sinto-me calma, noutra sentido nervosa. Calma, porque não é qualquer coisa que me faz brigar. Aceito a realidade, antes de me estourar, penso. Nervosa, preocupada com as conseqüências que a doença pode trazer. Daí fico perturbada, e quando nervosa, só tenho vontade de comer e dormir! Isto me perturba” (Pessoa L, F, 53 anos).*

*“Bem! Alegre! Às vezes fico aborrecido, nervoso. Considero a doença horrível. Não estando doente, tudo vai bem. O diabetes é horrível e não é horrível, mas outra pior que esta, impossível!” (Pessoa J, M, 68 anos).*

*“Alegre, brincalhão. Agora, sinto-me estressado, não sei se pelo trabalho. Estou com dificuldade de adaptar-me nos horários. O trabalho, o sono, com relação a adaptação a dieta, remédios!! A doença, considero um mal sem cura, só cuidados” (Pessoa E, M, 35 anos).*

Os depoimentos revelam que a enfermidade causou um impacto significativo na vida cotidiana das pessoas, pois exige uma adequação e adaptação aos seus hábitos, as suas atitudes, às mudanças e repercussões no estilo de suas vidas.

Nos depoimentos, observei sentimentos conflitantes por parte das pessoas com diabetes. Entre as declarações, as contradições permeavam suas falas.

Saliento que após as ações de enfermagem em relação à função auto-conceito, identidade, interdependência, as pessoas diziam sentir-se mais motivadas para o auto-cuidado, valorização pessoal, aumento de sua auto-estima. Tentaram dialogar com familiares, colegas, expondo suas situações, afim de compartilhar as angústias, temores, com isto sentindo-se mais aliviadas, tranquilas e a vontade para pedir explicações.

Adequaram-se, na medida de suas possibilidades singulares, em seus hábitos de higiene, vestuário, uso de calçados mais adequados, exercício físico, de acordo com as orientações fornecidas.

De um lado, percebeu-se o empenho das pessoas em satisfazerem suas necessidades, uma vez explicitadas, valorizando a vida, aumentando o auto-conceito, refletindo sobre sua identidade e valorizando a necessidade da interdependência entre os seres humanos. De outro, percebeu-se claramente, através das atitudes de revolta, manifestação de mecanismos de defesa, omissão



dos cuidados orientados, ausência de vontade própria de satisfazer a necessidade explicitada.

Três pessoas não retomaram para a apreciação dos resultados. Havia percebido na consulta inicial, que elas não queriam ouvir nem mudar. Orientei-as, mesmo assim, sem imposições, respeitando o direito de escolha. Como profissional me preocupava, explicando e expondo-lhes as possíveis complicações. Diante desse dilema consegui refletir e analisar obtendo satisfação ao ver pessoas no exercício da liberdade. Ficou demonstrado nessa experiência, que é próprio do ser humano o fato de discordar do outro, sem que isso signifique que o erro ou o acerto de um implique na condenação do outro. É uma dádiva essencial e eminentemente racional a relativização dos fatos. Essa constatação significou uma aprendizagem singular, e que, no meu entendimento, amplia e fortalece uma prática humanizada.

*“Já terminou!” (Pessoa O, F, 73 anos).*

Esta pessoa demonstrou total desinteresse às orientações, já apresentando complicações tardias do diabetes como deficiência visual, dificuldade para deambular, cardiopatia, pés edemaciados com alterações da temperatura e diminuição da sensibilidade dolorosa dos membros inferiores.

*“Não quero nem pensar em auto aplicar a insulina. Meu esposo estará sempre pronto e perto para realizar a aplicação para mim” (Pessoa P, F, 77 anos).*

*“A doença é algo prejudicial, sinto decepção ao fazer insulina, tenho uma dor psicológica de ter que fazer” (Pessoa N, M, 58 anos).*

Considero relevante tais relatos para uma reflexão. Estas pessoas, durante as consultas, expressaram um sentimento de decepção consigo mesmas, por sentirem-se subjugadas, por isolarem-se e/ou sentirem-se isoladas pela sua condição de saúde estar abalada.

A pessoa N, referiu disfunção sexual, com vida sexual inativa há mais ou menos seis meses. Colocava todo problema sobre a enfermidade diabetes, embora soubesse que além do possível comprometimento ser consequência do diabetes, também poderia motivado por outros fatores, sendo este, um problema viável de ser resolvido através de outras alternativas, como prótese, tratamento

psicológico, compreensão do contexto. Encaminhei-o ao médico urologista para revisão das condições fisiológicas da próstata e a disfunção sexual. Esclareci sobre a suposição de ser consequência do diabetes, mas que também os demais problemas, relacionados ao subsistema cognitivo (auto-conceito, identidade, interdependência) influenciam, bem como toda sua historicidade, seu conceito de sexualidade.

Dialogou-se sobre diabetes, sobre seu retorno à convivência social, na tentativa de valorizar o que tem de bom, marcação de consulta com o urologista para avaliação prostática e disfunção sexual. No momento da consulta estava acompanhado pela esposa que demonstrava uma atitude conflituosa, revoltada, na maioria dos momentos. Esta pessoa faz uso de insulina, não realizando sua auto-aplicação devido à disfunção visual e faz tratamento correlato para cirrose hepática. Realizei a explanação da contextualização desta pessoa, afim de elucidar a importância de considerarmos a pessoa em sua inteireza no exercício profissional dos profissionais de saúde.

Os fatores que levaram ao não comparecimento e o destino destas pessoas, não se sabe. Mas a responsabilidade, a disponibilidade, a coerência nas nossas atitudes durante o exercício profissional são imprescindíveis. Saliento que as declarações expressas por estas pessoas, podem ser a realidade de muitos outros. Isto faz-me refletir quanto à evidência da necessidade de preocuparmo-nos em envolver nos nossos atendimentos, o subsistema cognitivo, como nos diz Roy, pois certamente, se tivessem desde o início, um atendimento numa visão humanística e holística, acredito que hoje não estariam apresentando um desequilíbrio tão acentuado entre todos os mecanismos de enfrentamento ou controle, ou seja, auto-conceito, identidade, interdependência e necessidades fisiológicas, pois compreenderiam melhor todo o processo.

Destaco que tais reações também podem ter sido reflexo de ações educativas incipientes ou descontínuas. As orientações fornecidas auxiliam na compreensão da realidade, sendo essenciais para que o educando (pessoa com diabetes) consiga vencer suas resistências e reconstrua valores, e este processo leva tempo.

Em relação ao porquê dos comportamentos apresentados, venho a deduzir, através dos quadros sinópticos apresentados e das declarações expressas, que as pessoas têm uma necessidade constante de reconhecimento do momento, que não estão ainda plenamente conscientes de que suas coerções

só as levarão a maiores prejuízos para si próprios. Elas não se dão conta de que por mecanismos de defesa, o próprio organismo lança mão de fatores que levam as complicações que são inerentes ao diabetes e que surgem precocemente, quanto maior o descontrole metabólico. No entanto, elas não se dão conta desta realidade, ou para alguns, isto os perturba, incomoda, mas nem sempre ainda os conduz a mudança de atitudes.

Acredito que pelo nível de conhecimento da própria situação, há um favorecimento na adequação e mudança de atitudes, porém, o que não vem a garantir, também, a conscientização plena, mas representa, no nosso meio um fator que favorece às respostas comportamentais mais efetivas.

Trata-se também da hipótese de que o contexto social, cultural, histórico diante de um ambiente mutável está sempre em processamento, influenciando no processo adaptativo das pessoas.

### ***Em que houve efetiva contribuição da enfermagem?***

Acredito que a enfermagem realmente foi efetiva nas relações interpessoais, através do processo interativo. Acentuo esta característica do profissional enfermeiro para explicar que se realiza uma interação com a pessoa com diabetes, uma vez que valoriza as opiniões, pontos-de-vista, através da comunicação. Ele é o elo de interligação entre os diversos profissionais, pois é o profissional que mais realiza o intercâmbio entre pessoa com diabetes e os demais profissionais, afim de complementar suas necessidades para a promoção da saúde.

Desta forma, além de encaminhar as pessoas aos demais profissionais ( nutrição, endocrinologias, dermatologia, urologia, oftalmologia, ginecologia,...) reforça os cuidados que são realizados de modo integrado.

Quanto ao trabalho educativo, Roy nos dá subsídios para desenvolver um atendimento que envolve os subsistemas cognitivo e regulador, englobando os mecanismos de enfrentamento ou controle, denominados auto-conceito, identidade, interdependência e necessidades fisiológicas. A teórica leva-nos a refletir sobre nossa práxis com uma visão aprimorada, valorizando a pessoa no

seu contexto em um ambiente mutável. Tal realidade nos proporciona efetivar seus pressupostos na prática cotidiana:

Referente às funções técnicas realizadas especificamente pelo profissional enfermeiro, reforço que após as ações educativas, foram os cuidados referentes às feridas, mais precisamente nas lesões dos pés das pessoas com diabetes. Diante destas ações, o profissional enfermeiro teve autonomia para avaliação, conduta terapêutica tópica e cuidados. Vejo isto como relevante, pois os intercâmbios ocorrem entre a equipe multiprofissional para efetivação deste trabalho de forma reconhecida.

Na fala abaixo, a título de exemplo selecionei uma declaração que denota sua efetiva contribuição.

*“Senti-me após a consulta de enfermagem mais tranquilo, menos preocupado. Consegui adequar melhor meus horários com as rotinas do tratamento. Estou alegre, sentindo-me bem. No momento até estou um pouco desleixado com os cuidados, pois estou enjoado do exercício físico” (Pessoa E, M, 35 anos).*

Este relato foi de uma pessoa que retornou às consultas programadas pelo estudo, desdobrando-se o trabalho até três meses após o primeiro encontro. Ele reflete resultados significativos. É um relato importante, visto que é uma pessoa com conhecimento da enfermidade, com satisfatório nível de adaptação. Saliento este caso pela relevância do processo ser contínuo, frente a um ambiente mutável, o que nos leva à evidência de que os reforços, o contato constante, a interação, são fundamentais para a promoção à saúde das pessoas com diabetes.

O processo educativo para ser transformador, deve considerar a singularidade das pessoas, as orientações devem ser fornecidas sem imposições, favorecendo assim que o profissional enfermeiro, junto com a pessoa com diabetes, compreenda sua realidade, possibilitando a este clarear suas limitações, conflitos, aceitação da doença, buscando alternativas para sua própria superação, valorizando seu compromisso pessoal, favorecendo o alcance de respostas adaptativas.

### ***Como a teoria de Roy pode ajudar pessoas com diabetes?***

A teoria de Roy expressa os conceitos centrais da profissão, fornecendo um direcionamento para a prática da enfermagem. Esta nos apresenta um processo, no qual indica as atividades de enfermagem. Desta forma, Roy possibilita ao profissional enfermeiro destacar a enfermagem das outras disciplinas, pois fornece orientações na práxis.

Roy, através da teoria da adaptação, demonstra sua metodologia do processo de enfermagem como um instrumento de trabalho do profissional enfermeiro.

Pela análise dos dados anteriormente apresentada, posso afirmar que o cuidado de enfermagem baseado em Roy, através de suas premissas filosóficas e científicas, está nos proporciona um direcionamento das ações de enfermagem de forma efetiva, permitindo-nos realizar, na prática, um corte com a visão biomédica, cartesiana, baseada essencialmente nas necessidades do organismo da pessoa e com o profissional enfermeiro realizando orientações impositoras, impessoais e prescritivas.

Através de suas concepções, consegue-se desenvolver uma assistência que contempla o ser humano na sua inteireza, no qual se valoriza a singularidade, o contexto histórico, social e cultural, contemplando suas prioridades, opiniões, aceitação da doença, refletindo sobre o compromisso pessoal, proporcionando-nos ampliar a adaptação das pessoas através do reforço às respostas comportamentais positivas e, frente as respostas ineficazes, tentando aumentar a adaptação pela ampliação da zona de adaptação, expressa em sua teoria.

Este aumento da zona de adaptação faz com que as respostas ineficazes recaiam dentro dela, através das ações educativas, medidas de reconstrução de valores como reflexão de atitudes, compromisso e valorização pessoal.

O profissional enfermeiro sente-se seguro e com uma finalidade de trabalho definida no momento em que utiliza uma construção teórica definida. Isto nos proporciona ações congruentes, com um objetivo definido, auxiliando no processo de adaptação das pessoas com diabetes.

Roy, desta forma, auxilia o profissional enfermeiro a fornecer um ambiente aberto para o diálogo, considerando-se no mundo da pessoa com diabetes, dinâmico e mutável, o que nos leva a constantes desafios.

Alguns expressaram-se sobre a consulta de enfermagem realizada.

*"Gostei muito. A forma clara da conversa é importante. Explicações em termos compreensíveis. Preocupo-me também com que outras pessoas previamente descubram se são diabéticas ou não. Os meus familiares, compreendi que deverão fazer um controle periódico, pois meu irmão, meu filho poderão também desenvolver. Acho importante as ações educativas para a prevenção do diabetes. Quanto a forma da consulta, que bom seria se muitas pessoas tivessem acesso a esse tipo de consulta. Houve educação, conversa, abertura" (Pessoa E, M, 35 anos).*

*"A consulta me ajudou muito, sinto-me aliviada, a vontade para pedir explicações"(Pessoa C, F, 60 anos).*

*"Satisfeita, gostei muito. Você é feliz e expressa isto para a gente, e não negou em nenhum momento as informações. Consegui entender melhor algumas coisas. De agora em diante, vou dizer assim quando estou convocada para cozinhar nas festas: Faço as comidas, porém que alguém prove, senão daqui a algum tempo não mais terão a cozinheira" (Pessoa I, F, 67 anos).*

*"Gostei, senti-me bem à vontade" (Pessoa L, F, 53 anos).*

*"No início da consulta estava muito nervosa, e quase não aceitando a idéia de tomar a insulina, mas depois de conversarmos muito, já saí de tua sala aceitando melhor a idéia. Gostei muito da maneira de me explicar"( Pessoa P, F, 77 anos).*

Um dos elementos que pode de certa forma, desfavorecer a implementação da Teoria de Roy é que esta exige a interação com as pessoas com diabetes; e isto leva tempo, pois exige uma coleta de dados por vezes longa, demorada e um tempo considerado prolongado para nossa realidade, o que torna a consulta cansativa para as pessoas com diabetes, uma vez que a população deste estudo, na sua maioria, era composta por pessoas idosas, com uma condição física alterada, com nível de atenção e apreensão restrito.

Eu também me sentia oprimida, por momentos, por sentir que a primeira consulta era extensa, portanto cansativa, e às vezes angustiei-me de saber que frente à precariedade de nosso sistema de saúde teria escassas condições de realizá-la da mesma forma na prática cotidiana. Em contrapartida esta constatação serve de subsídio para o enfermeiro avaliar como utiliza o seu tempo.

O compromisso profissional é explicitado através das concepções teóricas de Roy, levando-nos a atitudes éticas pertinentes, fazendo com que sejamos também autênticos no exercício profissional.

Quanto ao tempo, realmente a forma como o protocolo foi operacionalizado, há necessidade de reajustes, com a finalidade de agrupar as perguntas, tornando menos desgastante e cansativa a coleta de dados, diante do número de pessoas que necessitam ser atendidas no nosso serviço cotidiano.

Diante dos fatos elucidados, vejo que a proposta pode ser operacionalizada em dois ou mais momentos, ou a partir de um reagrupamento das questões, afim de minimizar a limitação relacionada ao tempo gasto.

Exponho abaixo a expressão de uma pessoa atendida.

*“Gostei muito, me auxiliou demais. Só me desgostei um pouco por ter que aguardar tanto a espera da consulta” (Pessoa F, M, 71 anos).*

A consulta de enfermagem, segundo a metodologia proposta neste estudo, foi satisfatória e percebi que depois de expor a proposta do tipo de trabalho para as pessoas com diabetes, e após sua compreensão, todos achavam necessário este tipo de consulta que envolvesse não só o físico (biológico). Na verdade, nem todos conseguiram expressar-se, e nem eu, fui capaz de captar fatos mais intrínsecos relacionados ao subsistema cognitivo que inclui os fatores psicológicos e sociais, devido à inexperiência e à cultura que predomina nosso cotidiano.

Ao estudar a Teoria de Roy e implementá-la, percebi certa dificuldade na exploração do subsistema cognitivo, no sentido de como os profissionais enfermeiros podem interagir positivamente com alguns hábitos das pessoas com diabetes, a fim de alcançar a adaptação. Neste sentido, Roy não fornece os instrumentos para a operacionalização na prática e nem seria de se esperar que o fizesse, pois tornaria sua proposta menos flexível e adaptável.

Ao traçarmos as sugestões interativas, por vezes senti-me limitada e inquieta com determinadas situações, principalmente no que se referia a fatores sociais. Senti como se estivesse engessada, quando me deparei com situações de limitações para obtenção de componentes básicos para o tratamento. Exemplo: medicamentos, alimentação indicada, pessoas sem o dinheiro da passagem para comparecer ao ambulatório, sem companhia devido ao custo, limitações quanto a oportunidade de usar certos serviços de saúde, tais como tratamentos específicos como raio laser, entre outros, que o sistema público não oferece.

Há de se considerar, também, que algumas respostas não foram dadas, pois o mundo no qual vivem, no qual enfrentam atitudes impositoras e prescritivas,

talvez fizessem-nos calar por tanto tempo que, quando têm possibilidade, omitem-se, ou ainda respondem de forma a dizer o que pensavam que eu desejasse que fosse dito.

Tais questões, decorrentes de um complexo político/ideológico superior, foram consideradas, mas muito pouco trabalhadas. Quanto a este fato, pergunto-me: a ética nos remete ao questionamento da não legitimação da prática usual, porém, quais as alternativas para uma prática menos repressiva?

Sinto que a busca da conscientização dos profissionais enfermeiros sobre a necessidade da intercomplementaridade das ações assistenciais, educativas e éticas, fundidas em um trabalho realizado com compromisso e motivação, favorecerá a transformação do cotidiano, modificando posturas, crenças, valores, resgatando o mundo dos sentimentos na convivência social.

#### ***Que conceitos foram mais efetivamente trabalhados?***

Pessoa, enfermagem, saúde, ambiente e adaptação, foram os conceitos derivados e trabalhados na implementação da proposta junto a pessoas com diabetes. Os demais foram utilizados tal como apresentados na teoria de Roy.

No desenvolver do estudo, entendo que todos os conceitos derivados foram efetivamente trabalhados, tendo como conceito central a adaptação, sendo objeto do trabalho de enfermagem a pessoa com diabetes e como instrumento a metodologia do processo de enfermagem de Roy, de forma modificada, diante de um ambiente mutável.

Adaptação é um estado de relativo equilíbrio dinâmico, manifesto na pessoa como um sistema adaptativo que se reflete nos quatro modos adaptativos como auto-conceito (psicológico), função identidade e interdependência (social) e fisiológico (biológico), através de suas respostas comportamentais.

O conceito mais enfatizado foi o de pessoa, diante do processo de adaptação. Discutiui-se este conceito no sentido de compreender o ser humano na sua inteireza, sob uma visão humanística. Devo explicar que precisei conviver com uma dualidade entre os componentes dinâmicos, às vezes indefinidos do conceito de humanização e os aspectos estáticos da teoria dos sistemas. Quando me refiro à pessoa em sua inteireza, significa a consideração da pessoa como ser



biopsicossocial e cultural, inclusa num contexto histórico e ambiental, no qual se considera saúde como um processo de integridade relativa e um valor da vida humana que pode ser preservado.

Já o conceito de Enfermagem foi explicitado a partir da metodologia de enfermagem de Roy, descrita como uma disciplina científica. Entendo que a metodologia de Roy no processo de enfermagem, pode nortear o trabalho do profissional enfermeiro, de maneira a estimular a adaptação da pessoa em cada um dos quatro modos adaptativos, contribuindo para a saúde das pessoas com diabetes, servindo de guia para melhoria do sistema de registros, organização do trabalho, com o aprimoramento da qualidade e desenvolvimento do saber da enfermagem.

O conceito de ambiente foi compreendido como dinâmico, mutável, considerando-se o mundo que rodeia a pessoa em evolução e todas as circunstâncias que afetam e influenciam seu comportamento.

O conceito de saúde é o reflexo do inter-relacionamento dos outros conceitos, considerando-se como um estado de adaptação que se manifesta segundo Roy como um processo de ser e tornar-se uma pessoa integrada (Tiedeman, 1996). Na minha interpretação compreendo esta integridade como *relativa*, através das respostas comportamentais da pessoa como um ser bio-psico-social.

Estes conceitos permearam todo o desenvolvimento do trabalho, manifestando-se de uma forma dinâmica nas respostas das pessoas com diabetes e do profissional enfermeiro, encontrando-se refletidos no processo de enfermagem implementado, na análise interpretativa e demonstrados na figura representativa do referencial teórico apresentado anteriormente.

### **3.3 Operacionalização da metodologia proposta**

Na seqüência descrevo três situações distintas dentre as quinze, vivenciadas na consulta de enfermagem segundo Roy. Tomo como referência os comportamentos adaptativos e ineficazes, descrevendo um pequeno relato de caso sobre as pessoas com diabetes e no anexo 3, 4, e 5, exponho a operacionalização na prática. Nesta, implementei ações de enfermagem junto às

pessoas com diabetes, as quais levaram a alguns resultados adaptativos e outros a ineficazes, o que permitiu a elaboração dos quadros de análise.

Descrevo as situações, como demonstrativas da operacionalização da prática assistencial, a fim de uma melhor visualização e compreensão dos leitores.

*Pessoa E, sexo masculino, 35 anos, com diagnóstico definitivo de diabetes há 10 dias atrás. Este compareceu três vezes à consulta de enfermagem por opção própria. Na primeira consulta apresentava-se estressado, com várias dificuldades de enfrentamento, demonstrando interesse em buscar alternativas, tomando assim a interação pessoa/enfermeiro satisfatória, o que tomou possível conhecer suas inquietudes e preocupações. Com esta pessoa, o diálogo concretizou-se como uma forma transformadora de suas atitudes. Foram valorizadas suas opiniões, experiências, intervindo com as ações de enfermagem através de sugestões interativas onde atuei com orientações, interação, procedimentos sempre que necessário. No último encontro mostrou-se consciente da sua atual situação, retomando, antes de sair em férias, para revisão, conversando animadamente. Todas as metas que traçei foram alcançadas, merecendo reforço e continuidade de acompanhamento. Salientou, no diálogo, a vontade de compartilhar informações, inclusive dando-se conta das atividades a serem estendidas a seus familiares. Em sua fala demonstra a dimensão das ações educativas na prevenção do diabetes e suas complicações. Sua zona de adaptação demonstra ter sido ampliada após as intervenções de enfermagem. No anexo 3, consta a operacionalização da metodologia do processo de enfermagem.*

*A pessoa J, sexo masculino, 68 anos, compareceu a duas consultas de enfermagem e uma vez para curativo, quando demonstrou comportamentos adaptativos de forma parcial. Relatou dificuldades no modo interdependência devido a seus familiares morarem longe, o que o deixava aborrecido. Considerava o diabetes como algo horrível. Possuía complicações crônicas do diabetes: retinopatia e neuropatia, embora em fases iniciais. Sua retinopatia era manifestada por microhemorragias e microaneurismas com um aumento do reflexo arteriorial ao exame de fundo de olho. No diálogo sobre suas preocupações, cuidados com pés, exercícios físicos, obtive respostas comportamentais satisfatórias após a primeira consulta de enfermagem. Nesta consulta, ao exame dos pés, apresentou diminuição da sensibilidade térmica e dolorosa, demonstrando neuropatia e uma calosidade na região calcânea do MID, com flutuação. Realizado curativo com desbridamento, detectei duas lesões caracterizadas como mal perfurante plantar. Uma delas com secreção purulenta, sendo coletado swab para exame de cultura e orientações para os cuidados gerais. A partir deste momento, remarquei os retornos para curativo e consulta propriamente dita. Ao retorno, verifiquei o resultado da cultura que identificava cocos gram positivos, staphylococcus aureus, streptococcus mitis, sendo, então, discutido o caso com a médica assistente, e prescrito antibiótico sistêmico, com curativo oclusivo úmido e orientações. Na próxima semana, retornou com a lesão cutânea cicatrizada, sendo reforçadas orientações e situações apreciadas como parciais. Detectei respostas comportamentais ineficazes quanto à dieta, referindo sempre atividades comemorativas, justificando o seu não seguimento. Admitiu sua inadimplência. Saliento tal fato, devido ser freqüente durante suas conversas perceber-se insatisfação e descontentamento, demonstrando que gostaria de jogar bocha,*

*manter uma vida sexual ativa, reforçando assim suas limitações e dificuldades em enfrentar a diabetes. (Anexo 4, metodologia do processo de enfermagem da Pessoa J)*

*A pessoa P, sexo feminino, 77 anos, conservada. Compareceu à primeira consulta de enfermagem acompanhada por sua filha e genro, sendo que neste dia iniciou o tratamento com insulina. Demonstrou revolta, nervosismo, manifestando com tristeza dificuldades no modo auto-conceito, em relação à diabetes e medo das complicações. No modo identidade relatou ser conformada e no momento sentia a terapêutica como necessária, mas via a insulina como horrível. Dizia que antes preferia morrer do que fazer a insulina, mas que hoje tentaria, mesmo sentindo-se ruim. Apresentou, no exame de fundo de fundo de olho, retinopatia diabética manifestada por microhemorragias e microexsudatos em pólo posterior do olho direito e complicação cardíaca manifestada por taquicardia supraventricular de origem isquêmica ao eletrocardiograma de esforço. No momento apresenta glicemia periférica aumentada. Face a isto foi necessário reajuste da terapêutica, passando a fazer uso de insulina. Esta pessoa não compareceu ao retorno da consulta de enfermagem, sendo conversado por telefone, justificando que “ficou sem motorista para trazê-la”. Esta mora em uma cidade próxima. Descrevo este atendimento por considerar relevante seu registro, a fim de que possamos refletir e sentir o que as pessoas sentem, demonstrando autonomia, valorizando seus anseios e silêncios. Durante a consulta, dialogamos muito e por duas vezes, a pessoa encheu os olhos de lágrimas. A interação foi difícil, pois conversávamos sobre um assunto que para ela, talvez não fosse agradável. Não queria nem cogitar o fato de auto-aplicar-se a insulina. (Anexo 5, consta a operacionalização da metodologia do processo de enfermagem da pessoa P)*

Acredito que estas circunstâncias podem ser compreendidas, a partir do sentido e historicidade de cada pessoa. Saliento que seus depoimentos e seus comportamentos observáveis revelaram algumas de suas preocupações, medos, o que nos leva a reflexões. À medida que se contribui e vivencia a diversidade de situações, individualidades, reporta-se à indagação constante da finalidade do exercício profissional educativo, ético, como pessoa historicizada no exercício de sua cidadania.

#### **4 Tecendo as considerações finais**

Na minha trajetória enquanto enfermeira e com trabalho direcionado às pessoas com diabetes, sempre esteve presente à preocupação do processo de adaptação do enfermo.

Na implementação da assistência de enfermagem, através da operacionalização da Teoria de Cailista Roy, a partir dos quatro modos adaptativos por ela preconizados, tive a oportunidade de testar um modelo assistencial na prática, através do desenvolvimento de conhecimentos específicos e habilidade na área proposta utilizei como instrumento de trabalho, a metodologia da assistência de enfermagem de Roy, que se mostrou adequada à utilização junto a pessoas com diabetes e me propiciou resultados que foram além das minhas expectativas.

A estratégia inicialmente utilizada, da intersecção dos aspectos assistenciais, educativos e éticos, na dinâmica do cuidar e do assistir, foi importante, pois me fez perceber alguns componentes do cuidado relacionados com as crenças, imaginário social, temores, culpas das pessoas com diabetes. Deu-me oportunidade de vivenciar a interrelação das diversas atividades da enfermagem.

O desafio tornou-se gratificante ao acompanhar os avanços obtidos através da implementação deste estudo na prática assistencial. A proposta concretizou-se enquanto alternativa de auxílio no entendimento da amplitude da zona de adaptação, frente à identidade da pessoa com diabetes, percebido como uma pessoa é capaz de levar uma vida com melhor qualidade pela valorização de seu potencial, a despeito das circunstâncias advindas de sua condição de portador de diabetes, conduzindo-a à reflexão das ações e interações e repensando o cotidiano a partir do vivido.

Reafirmei minhas crenças da educação enquanto processo de permanente construção, considerando a necessidade deste ser contínuo, dialógico, libertador. Este processo empreende esforços na harmonia entre os interesses individuais e coletivos, levando em conta a essência do ser humano, seu contexto social, histórico, cultural. Isto demonstro por incipientes transformações, que podem

possibilitar uma vida com melhor qualidade às pessoas com diabetes, comparada à assistência preponderante que decorre das formas de assistir já consagradas, que são inseridas na maioria das vezes sob uma visão pragmática, tecnicista e imediatista.

No esforço da busca de possibilidades de adaptação das pessoas com diabetes, aproximei-me e percebi com mais clareza as resistências, as dificuldades frente às mudanças no seu estilo de vida e suas repercussões, demonstrando a importância da responsabilidade do enfermeiro como profissional de saúde e educador, em buscar junto a estas pessoas, as suas prioridades e alternativas para vencer as barreiras. Através da assistência baseada em uma teoria de enfermagem, isto se torna mais sistematizado e fundamentado.

A teoria da adaptação de Cailista Roy, dá suporte ao trabalho do profissional enfermeiro, no sentido de nortear suas ações, valorizando a pessoa como um ser biopsicossocial em um ambiente mutável, através do reconhecimento da abordagem humanística com a valorização das opiniões e pontos-de-vista das outras pessoas envolvidas, permitindo seu compromisso social.

Acredito ter alcançado a meta proposta, embora a temática não tenha sido esgotada, e que, ainda, muito pode ser dito e explorado, principalmente no sentido de acompanhar a pessoa com diabetes nos seus enfrentamentos, nos comportamentos, na compreensão do processo de adaptação e nas suas vivências. Na consecução do objetivo proposto, teve especial importância, a estratégia de análise feita a partir das intervenções realizadas junto às pessoas com diabetes através da consulta de enfermagem.

Experimentei uma nova forma de assistir que, para mim, foi inovadora. O trabalho reconduziu-me para o embate inquestionável da vida, que exige uma luta constante, não se esgotando do ponto de vista conceitual e prático. Esta nova forma demonstra ser útil no fortalecimento da construção do saber em enfermagem.

A implementação do processo de enfermagem baseado em Roy, proporcionou-me vislumbrá-lo produzindo efeitos salutarés no cotidiano das pessoas com diabetes. Ela ainda me permitiu entender o processo de adaptação da pessoa com diabetes direcionando o exercício profissional de enfermagem.

Acredito que este trabalho poderá contribuir na comoção dos profissionais enfermeiros, para o estudo e utilização das teorias em enfermagem e de outras construções teóricas, afim de adequá-las na prática cotidiana, em busca de

reconhecimento profissional e como uma possibilidade de vida com melhor qualidade das pessoas com diabetes, através de uma prática assistencial humanizada.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALLEYNE, S. G. La diabetes: una declaración para las Américas. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana**, Washington, v. 121, n. 5, p. 461- 466, nov. 1996.

ALMEIDA, H. G. G. et al. Avaliação dos conhecimentos teóricos dos diabéticos de um programa Interdisciplinar. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.3, n.2, p. 145-164, jul. 1995.

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

ALMEIDA, M.C.P. de, ROCHA, J.S.Y. **O saber de enfermagem e sua dimensão na prática**. São Paulo: Cortez, 1989.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE NORMAS TÉCNICAS (RJ). **Numeração progressiva das seções de um documento: NBR-624**. Rio de Janeiro, 1989. 3p.

\_\_\_\_. **Referências bibliográficas: NBR-6023**. Rio de Janeiro, 1989 a. 19p.

\_\_\_\_. **Apresentação de citações em documentos: NBR-10520**. Rio de Janeiro, 1992. 2p.

BERTOLUCCI, M. C. Novo critério diagnóstico: mais simples, mais acessível, mais útil. **Jornal Farmamellitus**, Porto Alegre, v. 4, n. 10, p. 8-9, mar./maio 1998.

BLUE, C. L. et al. Sister Callista Roy. Adaptation model. In: **Marriner-Tomey, A. Nursing Theorists and their work**. 3. ed. St Louis: Mosby, 1994.

- BOEMER, M. R. et al. Introduzindo a dimensão existencial do homem na disciplina de fundamentos de enfermagem. *Rev. Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, v. 13, n. 2, p. 49-54, jul. 1992.
- BRAGANÇA, L. A. R. **Plantas medicinais antidiabéticas: uma abordagem multidisciplinar.** Niterói: EDUFF, 1996.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. **Orientações básicas para o diabético.** 2. ed. Brasília. 1993.
- BRAY, G.A. Obesity: basic considerations and clinical approaches. *DM*, 35:(7), 1989. *Rev. Saúde Pública*, v. , n.4, p. 364-371, 1996.
- CERVO, A.L., BERVIAN, P.A. **Metodologia científica.** 4. ed. São Paulo: Makron Books, 1996.
- CIANCIARULLO, T.I. **instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996.
- CHAVES, E. C. O desempenho de papéis sociais numa relação de ensino-aprendizado. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v.1, n. especial, p. 34-42, dez. 1993.
- CHINN, P. I., KRAMER, M. K. **Theory and nursing: a systematic approach.** 4. ed. St Louis: Mosby, 1995.
- CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM - RS. **Código de ética dos profissionais de Enfermagem.** Porto Alegre, 1996. 12 p.
- CONTRERAS, Justina. **Assistência de enfermagem a clientes hansenianos: modelo de adaptação de Roy.** Florianópolis: UFSC, 1990. 135 p. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem ) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.



- COSTA, A. A., ALMEIDA NETO, J.S. de. **Manual de diabetes**. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1994.
- DAMASCENO, M.M.C. et al. Problemas Identificados na clientela diabética: análise quantiqualitativa. **R. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v.3, n.1, p. 19-28, maio 1995.
- DAMASCENO, M.M.C. **O existir do diabético: da fenomenologia à enfermagem**. Fortaleza: Pós-graduação/DENF/UFC/ Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura, 1997.
- DEMO, Pedro. Teoria - Por que? In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1., 1985, Florianópolis, **Anais...** Florianópolis: Ed. da UFSC, 1985. p. 52-68.
- DESG. **Teaching letters**. Trabalhos apresentados no VII Encontro de Educação em Diabetes no dia 19 de setembro de 1997, Porto Alegre - RS.
- FRANCO, L. J., MALERBI, D. Estudo multicêntrico sobre a prevalência do diabetes mellitus no Brasil. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, p. 47-71, ago. 1992.
- GELBECKE, F. L. Processo saúde-doença: a procura da essência. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 1, n. 2, p. 4-19, jul./dez. 1992.
- GALBREATH, J.G. Sister Callista Roy. In: George, J. B. **Teorias de Enfermagem: os fundamentos para a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GAMBA, M.A. A importância da assistência de enfermagem na prevenção, controle e avaliação à pacientes portadores de diabetes com neuropatia e vasculopatia. **Acta Paul. Enf.**, São Paulo, v. 4, n. 2-4, p. 7-19, jun./dez. 1991.

- GOMES, C. **A educação em perspectivas sociológicas**. São Paulo: EPU, 1985.
- HAENGSEN, I. L. Educación para el autocuidado dei paciente diabético. **Boietim de La Escueia de Medicina**, v.21, n.1, p.32-33, 1992.
- IDE, C.A.C., CHAVES, E.C. A intervenção do enfermeiro na assistência ao diabético. **Rev. Esc. Enf. USP**, v. 26, n.2, p. 187-204, ago. 1992.
- IVO, M.L., BACHLON, N.M. Aplicabilidade do modelo de Roy: uma revisão da literatura de 1980 a 1991. **Rev. Gaúcha de Enf.**, Porto Alegre, v. 14, n.1, p. 12-18, jan. 1993.
- JACOBSON, A. M. The psychological care of patients with Insulin-dependent diabetes mellitus. **The New England Journal of Medicine**, v. 334, n. 19, May 1996.
- KATZ, S. The science of quality of life. **Journal of Chronic Disease**, v.40, n.6, p. 459-463, 1987.
- LAKATOS, E. M. **Sociologia geral**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 1990.
- LESSA, I. Epidemiologia, assistência médica e impacto econômico e social das doenças cardiovasculares e do diabetes mellitus. **Informe Epidemiológico do SUS**, Brasília, p. 5-18, jul./ ago. 1993.
- LINS, C. & RODRIGUES, E. Operacionalização da teoria de Cailista Roy em um paciente com Síndrome de Cushing. **Enf. Atual**, v. 4, n. 24, p. 18-23, 1982.
- LOPES, A., NUNES, L. Acerca da trilogia: competências profissionais - qualidades dos Cuidados - ética. **Revista Nursing**, Portugal, p.10-13, jul/ago. 1995.
- MALERBI, D.A. et al. **Diabetes Mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento**. Brasília: Ministério da Saúde, Sociedade Brasileira de Diabetes, Programa Harvard/Joslin/SBD, 1996.

- MALERBI, D.A. Programa Nacional de Educação e Controle do Diabetes: relato de visita a um serviço especializado em diabetes na Inglaterra. **Arquivos Brasileiros de Endocrinologia e Metabologia (ABE&M)**, v. 36, n.3, p.87-89, 1992.
- MEEBERG, G.A. Quality of life: a concept analysis. **Journal of Advanced Nursing**, v.18, p. 32-38, 1993.
- MELEIS, Afaf Ibrahim. **Theoretical nursing: development and progress**. 2. ed. Philadelphia: JB. Lippincott, 1991.
- MOREIRA, A.L. Plano de assistência de Enfermagem baseado no modelo de adaptação de Sister Callista Roy. **Enf. Atual.**, v. 11, n. 8, p. 15-19, 1979.
- NAKAMAE, D.D. **Novos caminhos da enfermagem: por mudanças no ensino e na prática da profissão**. São Paulo: Cortez, 1987.
- NUNES, A. M. P. **Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o autocuidado**. Florianópolis: UFSC, 1982. 142 p. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem ) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1982.
- NUNES, A. M. P. Motivação para o autocuidado, um diagnóstico indispensável na assistência e orientação de diabéticos. **Texto & Contexto**, Florianópolis, v. 2, n.1, p. 53-66, jan./jun. 1993.
- OLIVEIRA, Rogério. **Diabetes dia-a-dia**. Rio de Janeiro: Revinter, 1995.
- PAIM, Lygia. Algumas considerações de enfermagem sobre as necessidades psico-sociais e psico-espirituais dos pacientes. **Rev. Bras. Enf.**, Brasília, v. 32, p. 160-166, 1979.

PASSOS, E.S. A ética na Enfermagem. *Rev. Bras. Enf.*, Brasília, v. 48, n.1, p. 85-92, jan./mar. 1995.

PROCHNOW, A. , PADOIN, S. **Teoria da Adaptação de Callista Roy**. Trabalho apresentado como tema livre - comunicação oral no Congresso brasileiro de Enfermagem, 49., 1997, Belo Horizonte - MG.

REGO, T. C. **Vygotsky: uma perspectiva histórica-cultural da educação**. 2. ed. Petrópolis: Vozes, 1994.

RIEHL, J. P., ROY, C. **Conceptual models for nursing practice**. 2. ed. Norwalk: Appleton-Century-Crofts, 1980.

ROMANO, B. W. Qualidade de vida: teoria e prática. *Rev. Soc. Cardiol.*, São Paulo, vol.3, n.6, supl. A, nov./dez. 1993.

ROY, Callista. **Introduction to Nursing: an adaptation model**. New Jersey: Englewood Cliffs - Prentice- Hall, 1976.

RULL, J. et al. **Diabetes Mellitus: complicacione crónicas**. México: Interamericana, 1992.

SANTIN, S. **Ética. Estética. Saúde**. Porto Alegre: Ed. EST, 1995.

SHERWIN, R. Diabetes Mellito. In: BENNETT, J.C., PLUM, F. C. **Tratado de medicina interna**. 20. ed. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara, 1997. v. 2.

SOUZA, M.F. O modelo de adaptação de Roy : proposta de aplicação em enfermagem obstétrica. *Acta Paul. Enf.*, v. 2, n.1, p. 14-17, mar. 1989.

STEINER, G., LAWRENCE P. A. **Educando o paciente diabético**. São Paulo: Andrei, 1992.

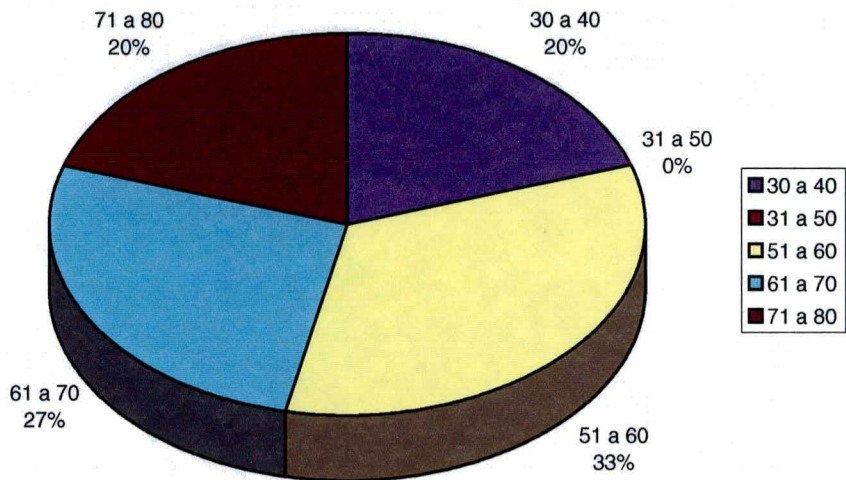
- TEIXEIRA, E. R. Representações culturais de clientes diabéticos sobre saúde, doença e autocuidado. *R. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 4, n.2, p. 153-162, dez. 1996.
- TIEDEMAN, M. E. Roy's adaptation model. In: Fitzpatrick, J. I., Whall, A. I. **Conceptual models of nursing: analysis and application**. 3. ed. Stamford: Appleton-Lange, 1996.
- TOMASI, N.G.S. **Convivência em grupo: uma modalidade para aprender e ensinar a enfrentar a situação crônica de saúde**. Curitiba: UFSC, 1996. 110 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- TRENTINI, M. et al. Mudanças no estilo de vida enfrentadas por pacientes em condições crônicas de saúde. *Rev. Gaúcha de Enferm.*, Porto Alegre, v.11, n.1, p. 18-28, jan. 1990.
- TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação**. 4 ed. São Paulo: Atlas, 1995.
- ZANETTI, M.L., MENDES, I.A.C. Tendência do locus de controle de pessoas diabéticas. *Rev. Esc. Enf. USP*, São Paulo, v.27, n.2, p. 246-262, ago. 1993.

## **ANEXOS**

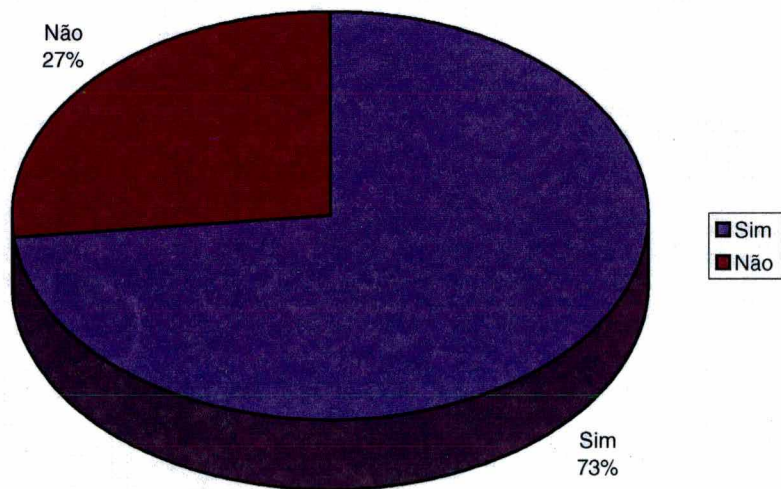
**ANEXO 1**

**Caracterização da população alvo**

Distribuição das Pessoas com Diabetes atendidas na Consulta de Enfermagem, no período de outubro/novembro de 1997 quanto a idade.

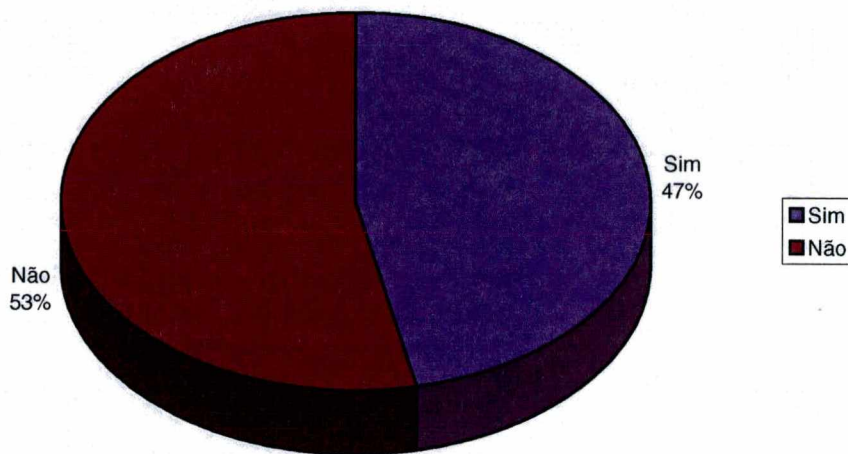


Distribuição das Pessoas com Diabetes atendidas na Consulta de Enfermagem, no período de outubro/novembro de 1997 quanto ao exercício de atividades de trabalho.

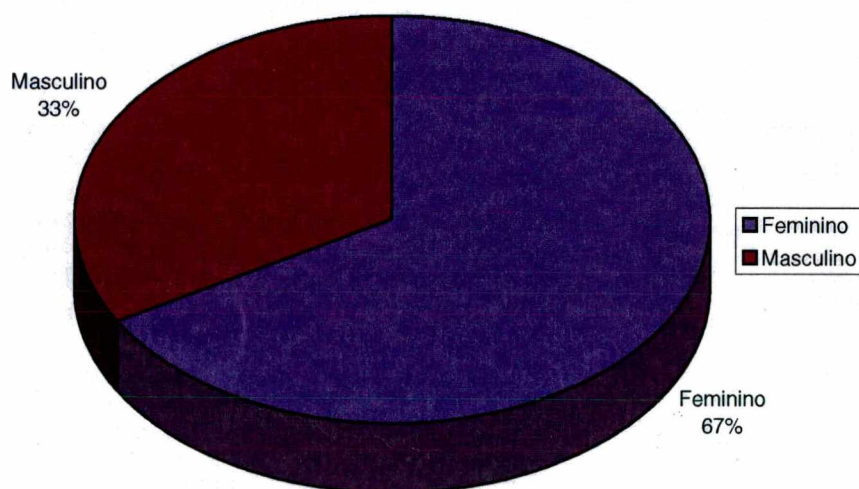




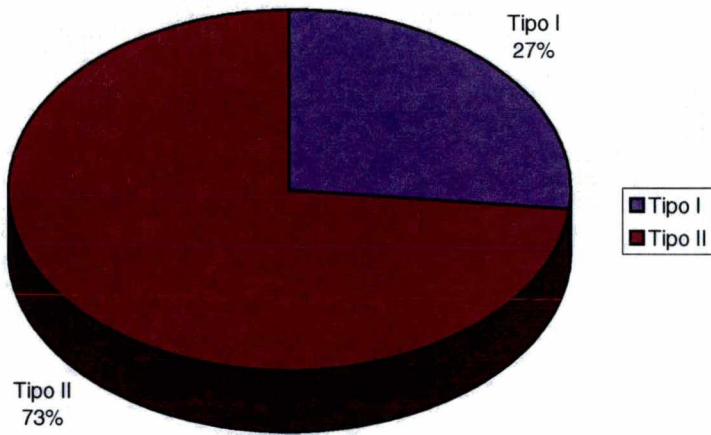
Distribuição das Pessoas com Diabetes atendidas na Consulta de Enfermagem, no período de outubro/novembro de 1997 quanto aos antecedentes familiares.



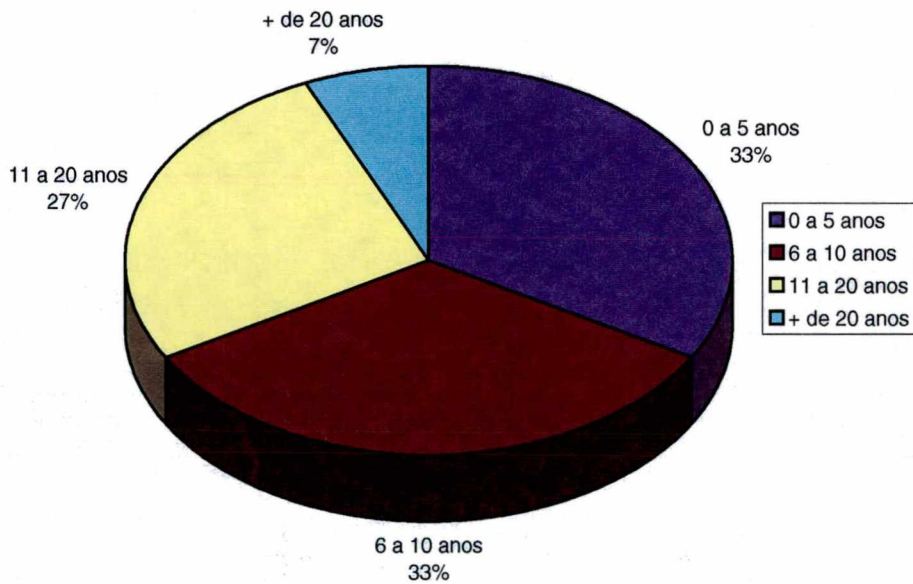
Distribuição das Pessoas com Diabetes atendidas na Consulta de Enfermagem, no período de outubro/novembro de 1997 quanto aos sexo.



Distribuição das Pessoas com Diabetes atendidas na Consulta de Enfermagem, no período de outubro/novembro de 1997 quanto ao tipo de diabetes.



Data da Manifestação do Diagnostico de Diabetes nas pessoas com diabetes atendidas na Consulta de Enfermagem no período de outubro/novembro de 1997.



**ANEXO 2**

**Protocolo do exame clínico dos membros inferiores**

# Exame Clínico dos Membros Inferiores

AMBULATÓRIO PÉ DIABÉTICO  
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA



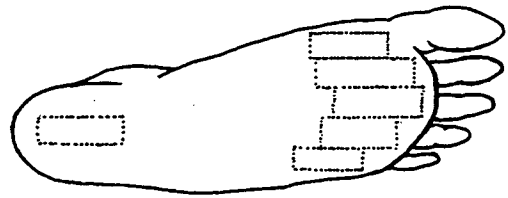
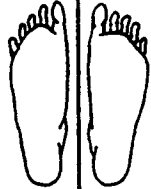
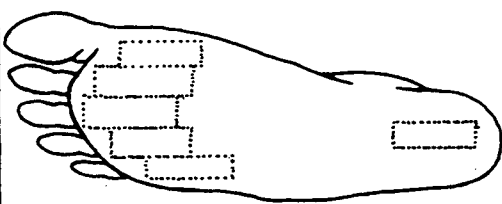
NOME: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_ anos SEXO: \_\_\_\_\_ COR: \_\_\_\_\_ SAME: \_\_\_\_\_

MEMBRO INFERIOR DIREITO

MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

P  
L  
A  
N  
T  
A  
R



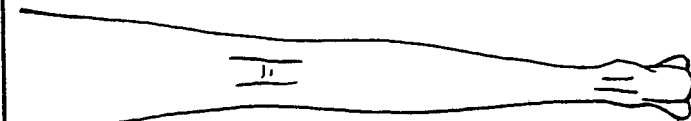
A  
N  
T  
E  
R  
I  
O  
R



M  
E  
D  
I  
A  
L



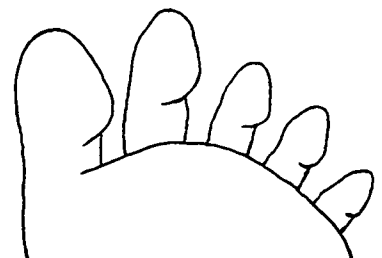
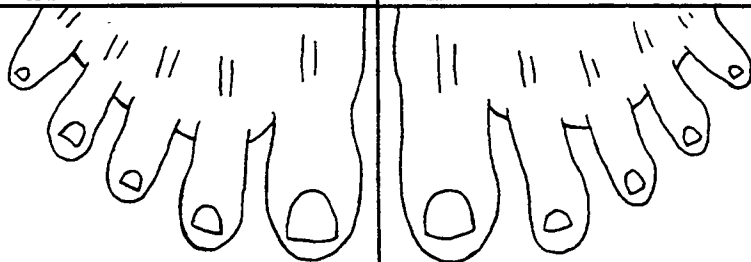
P  
O  
S  
T  
E  
R  
I  
O  
R



L  
A  
T  
E  
R  
A  
L



I  
N  
T  
E  
R  
D  
Í  
G  
I  
T  
O  
S



EXAMINADOR: \_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO: desenhe a(s) lesão(ões) no(s) diagrama(s) correspondente(s) à(s) sua(s) localização(ões) anatômica(s) e, utilizando uma ou mais setas, faça a correlação com os dados clínicos (tipo de lesão, extensão ou diâmetro {Ø}, dor, cor, odor, secreções, tempo de evolução, etc).

CRIAÇÃO: Paulo Roberto Souza Garcia

**ANEXO 3**

**Protocolo da consulta de enfermagem da Pessoa E**

**UFSC - UFSM - HUSM**

**Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes**

**COLETA DE DADOS**

**1- IDENTIFICAÇÃO PESSOAL e do AMBIENTE:**

Nome: Pessoa E

SAME:

Gênero: ( )F (x)M Etnia: (x)Branco ( )Negro ( )Outra:

Data de nascimento: ...../...../..... (idade: 35 anos)

Estado civil: ( )solteiro( )casado ( )viúvo ( )companheiro (x)divorciado

Religião: - Naturalidade: - Profissão: -

Trabalha: ( )não (x)sim: Profissional da equipe de enfermagem

Grau de instrução: ( )analfabeto ( )1ºgrau completo ( )1ºgrau incompleto

(x)2ºgrau completo ( )2ºgrau incompleto ( )3ºgrau completo ( )3ºgrau incompleto

Antecedentes familiares: pai e o tio

Alergenos: --

Diagnóstico médico: DM Tipo II

Data de manifestação doença: 29/set/97

Data da consulta: (preenchimento do protocolo): 10 de outubro de 1997

Endereço:

Endereço para contato:

Saneamento: Água: (x)sim ( )não:..... Luz: (x)sim ( )não:.....

Esgoto: (x)sim ( )não:..... Lixo: (x)sim ( )não:.....

**3- IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS LIGADOS AOS MODOS:**

**a) Auto-conceito (eu real):**

- Como vê a si própria?

Alegre, brincalhão, amigo.

- Como gostaria de ser vista?

Não quero que me vejam como “doente”. Como alguém normal com patologia tratável.

- Como gostaria de ser?

Às vezes ser mais calmo. Por vezes sou explosivo. Tom de voz por vezes elevado, controlar-se mais. Não sou mal educado com as pessoas, mas por vezes a forma de falar pode parecer agressiva, embora já tenha me educado um pouco quanto a isso. Gostaria ter mais paciência.

- Como vê a sua condição de saúde e terapêutica?(FI) Como se sente em relação a terapêutica?

Sinto-me estressado, não se pelo trabalho. A diabetes pode ser estresse do trabalho. Procuro trabalhar com menos estresse. No ambiente de trabalho vejo resistência, pois dizem que diabetes pode tudo. Não é questão de invalidez, porém gostaria de ser transferido para um local mais calmo, os colegas agora no início eu acho que pensam que estou fazendo corpo mole, mas perto da hora do lanche ,enfim as vezes me sinto ruim. Trabalho 6 horas junto de uma equipe de saúde, não dá para respirar.

Quanto ao tratamento: dificuldade de adaptar os horários, com relação a dieta. Tenho dúvida com relação ao esporte. Penso em fazer natação posteriormente.

- Como considera a doença? Têm conhecimento e expressa alguma coisa sobre a doença?(O que sabe)?

“Um mal sem cura”, só cuidados. Sim, expressa sintomas, o que é, cuidados, tratamento.

- **(FI)**Como se sente com a condição de saúde afetada?

Sinto diferença no trabalho. Pessoas transparecem achar que você está fingindo as vezes quando se sente ruim. Deveria ter um pouco mais de compreensão.

- Como considera a equipe de saúde? **(FInterd)**Como vê seu relacionamento com a equipe de saúde?

Não posso me queixar, todos atenciosos, encaminhamentos necessários, importante o tratamento. Relacionamento com a equipe de saúde é bom.

- Como vê o sistema de saúde?

Vejo que terei que ter um sistema de apoio privado de saúde além do SUS, devido as dificuldades de encontrar um médico especialista no momento de emergência ou quando necessário. Sentindo-me mal: “O que fazer? Emergência! Demora! Tenho dúvidas de qual plano poderei fazer!

- Como acha que sua família a vê? **(FInterd)**Como vê seu relacionamento com a família?

Em relação a diabetes ninguém sabe. Vim na dúvida. Após quero conversar.

Bem.

- Como vê seus hábitos preferenciais (bebida, cigarro, automedicação, lazer)?

Bebo esporadicamente e pouco. Cigarro, parei de fumar a 5 anos, sendo era fumante de 10 anos.

Auto-medicação: só analgésicos e quando tenho cefaléia.

Lazer: Estou parado este ano. Gosto de viajar, pescar. A noite gosto de dançar, ir a baile.

**b) Função Identidade (eu refletido):**

- Como se sente em relação a sua ocupação? Quais os recursos disponíveis no ambiente de trabalho e/ou em relação as ações cotidianas?

Bem. Gosto do trabalho. Gosto da ver, acompanhar a evolução do quadro dos pacientes. "Vontade de transformar mendigos em gente". Me realizo profissionalmente, considero o humanismo.

- Como se sente nas relações familiares: como esposa(o)? mãe/pai? filha/o? avó (ô)? viúva(o)? Companheira?

Pai: Embora a mais ou menos 4 anos estou divorciado, consigo acompanhamento, frequentemente. Teve apoio. Sente-se pai, com um apego grande.

Namorada: situação não estável, provisória.

- Gostaria de expressar como se sente ou vê sua sexualidade ou perguntar algo sobre sexualidade?

Normal.

**c) Interdependência (eu projetado):**

- Como vê seu relacionamento com as outras pessoas com diabetes?

Não cheguei a ter ainda esta experiência.

**d) Necessidades Fisiológicas:**

- Como se sente em relação ao:

**- Sistema Nervoso:**

Sono/repouso: Dorme bem, mais ou menos 8 h. Nos últimos dias, tenho acordado para ir urinar, que antes não tinha, mas logo adormeço.

Etilista: (x) não ( ) sim. Tempo: Quantidade diária: Tipo: Cerveja, esporadicamente Wiski

Drogas tóxicas: (x) não ( ) sim. Tempo: Quantidade: Tipo:

**- Aparelho respiratório:**

Tabagista: (x) não ( ) sim. Tempo: Quantidade diária: 20 cigarros, por 10 anos Tipo: Free/Carton

Obs. Deixou de fumar a 5 anos

**- Aparelho cardiovascular: s.p.**

**- Aparelho digestivo:** Quando me agito, sinto dificuldade digestão. Evacuação: 2 vezes ao dia semi-pastosas.

Alimentação: Antes: a base de amido, carne. No momento: mais verdura, tomado leite que não tinha hábito, relizo lanche nos intervalos das refeições. Seguindo orient. nutricionista.



- **Sistema Endócrino:** s.p.

- **Aparelho Urinário:** ardência para urinar, aumento volume urinário. Estou fazendo uso de medicação para infecção do trato urinário, segundo orient. médica.

Próstata: s.p. Não realizou exame preventivo até o momento.

- **Aparelho Genital:**

Filhos: ( ) não (x) sim. Quantos: ( ) F (x) M Se mãe: Gesta: Partos: Abortos:

Exames preventivos: Auto exame mama ( ) sim ( ) não

Citopatológico anual: ( ) sim ( ) não

- **Órgãos dos sentidos:**

Fundo de olho anual: (x) não ( ) sim. Qual resultado de exame prévio, data:

Obs. Orientado, fará em breve em conjunto com exames da função renal.

- **Sistema Músculo Esquelético (membros superiores e inferiores):**

Edema: (x) não ( ) sim. Onde:

Têm úlcera: (x) não ( ) sim: ( ) limpa ( ) contaminada/cultura:

Região:

Tratamento realizado: ( ) água e sabão ( ) antibiotico sistêmico

( ) substância alternativa. Qual: Período:

Tempo de lesão: ( ) menos de 7 dias ( ) entre 15 a 30 dias ( ) mais 30 dias

Limitação na mobilização: ( ) sim ( ) não

Tipo de lesão: ( ) neuropática ( ) Isquêmica ( ) traumática ( ) outras:

Têm amputações: ( ) não ( ) sim: ( ) MID ( ) MIE ( ) pé D ( ) pé E  
( ) pododáctilos ( ) outros

Alteração de sensibilidade:

*Térmica* (x) não ( ) sim *Tátil* (x) não ( ) sim *Dolorosa* (x) não ( ) sim

Pulso: (x) presente ( ) ausente. Local: pedioso

Temperatura: (x) normal ( ) frio. Local: ( ) quente. Local:

Turgor cutâneo: (x) normal ( ) diminuído

Micoses interdigitais: (x) não ( ) sim. Onde: Com frequência. Faço uso canesten daí.

Obs.: Unha apresenta lesões fúngicas no 1º pododáctilo (hálux pé D)

Calosidades: (x) não ( ) sim. Onde:

Têm amputações: (x) não ( ) sim: ( ) MID ( ) MIE ( ) pé D ( ) pé E ( ) pododáctilos ( ) outros

Tipo de calçado: (x) tênis ( ) chinelo ( ) calçado ortopédico (x) calçado comum

(x) outros: adequado

Higiene dos pés: (x) boa ( ) ruim ( ) regular

Deambulação: Normal

- Higiene (geral): boa ruim regular

- Tratamento:

dietoterapia. Tipo: Tem tentado alimentar-se de acordo com as recomendações da nutricionista

Há quanto tempo? 1 semana Período: 1 semana

exercício físico. Tipo: No momento ainda não está fazendo como rotina.

Há quanto tempo? Período:

hipoglicemiante oral. Há quanto tempo:  0-5 anos  5-10 anos  +10 anos

Tipo: Metformina Dose: Manhã 1 cp Tarde - Noite 1 cp

insulinoterapia. Há quanto tempo:  0-5 anos  5-10 anos  +10 anos

Dose: Manhã Tarde Noite

Auto-aplicação:  sim  não. Por que?

Satisfatório conhecimento geral autoaplicação:  sim

não. Quais dificuldades:

Como se sente em relação a auto-aplicação de insulina?

Tratamentos Correlatos:  não  sim. Quais? Norfloxacin para infecção urinária.

- Exames periódicos: (prévios):

09/10/97: glicose: 254 mg/dl; glicemia pós-prandial: 264 mg/dl;

Faz controle de glicemia periférica regularmente:  não  sim Em que frequência: -

Como se sente em relação ao seu auto-monitoramento da glicemia? -

Mensuração: Data: 10/10/97

Sinais vitais: PA: 160/100mmHg P: 84 bat/? R: 28 mov/? T: - Glicemia periférica: 231mg/dl

Peso: 82,9 Altura: 1,67 IMC: 29,72

normal (entre 18,5 a 24,9)

obesidade grau I (25,0 a 29,9)

obesidade grau II (30,0 a 39,9)

obesidade grau III (>ou = 40,0)

desnutrição (menor 18,5)

DATA DE ABERTURA	DIAGNÓSTICO	METAS E SUGESTÕES INTERATIVAS	EVOLUÇÃO	APRECIÇÃO
10/10/97	<p>a)AUTO-CONCEITO:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade de encontrar profissional especialista em horários específicos, emergência, ? plano de saúde</li> <li>- Não quer que o vejam como doente</li> <li>- Estressado. Quer ser mais calmo.</li> <li>- Ausência de conhecimento da doença pelos familiares</li> <li>- Ausência de lazer</li> </ul> <p>b)FUNÇÃO IDENTIDADE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade pessoas aceitarem limitações do ser com diabetes (cuidados)</li> <li>- Dificuldade de adaptar horário das refeições com o trabalho</li> <li>- Dificuldade de adaptar hábitos diários ao uso de medicamentos.</li> </ul> <p>c)INTERDEPENDÊNCIA:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade em relação hábito alimentar com o trabalho</li> </ul> <p>e)NECESSIDADES FISIOLÓGICAS:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Urinar à noite (DM/ITU)</li> <li>- Ardência para urinar</li> <li>- Dificuldade de adequar-se a dieta</li> <li>- Ausência de exame de fundo de olho</li> <li>- Dor MIS / uso meia nylon</li> <li>- Lesão fúngica unha hálux D.</li> <li>- Dificuldade adequação exercício físico. Dívidas</li> <li>- IMC: Obesidade grau I (acima ideal)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verificar os planos de saúde existentes (PAS/UNIMED), tentando adequar-se as possibilidades.</li> <li>- Verificar o horário de atendimento médico assistente do momento no ambulatório do HUSM</li> <li>- Comentar com as pessoas de maior relação, convívio que deseja que não o vejam como um doente, inválido</li> <li>- Viabilizar transferência da área de trabalho</li> <li>- Expressar aos familiares (amigo mais próximo) sobre o diagnóstico</li> <li>- Desenvolver atividades de lazer (dançar, ..)</li> <li>- Conversar sobre algumas limitações que no momento, a partir do diagnóstico estão evidenciadas - no trabalho</li> <li>- Adaptar horário da medicação e das refeições</li> <li>- Adequar horário do lanche durante o trabalho</li> <li>- Marcar exame de fundo de olho</li> <li>- Elevar MIS (45°), uso de meias de algodão</li> <li>- Marcar encaminhamento para coleta de material fungico do hálux D</li> <li>- Realizar 1 hora de exercício físico (andar de bicicleta) diariamente.</li> <li>- Adequar dieta/ exerc. físico, p/ diminuir peso</li> <li>- Refletir necessidade de realização glicemia periférica e/ sua viabilização.</li> <li>- Uso meia de algodão</li> </ul>	<p>Retorno / Data: 30/10/97</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Mai s tranqüilo, menos preocupado. Adequou-se aos horários da médica assistente. Têm feito lanche no horário de trabalho.</li> <li>- Resolvido. Este hoje sente-se mais tranqüilo.</li> <li>- Dialogou. Porém, permanece pendente. Em transição. Disseram-lhe que vão tentar.</li> <li>- Não alcançou a meta. Sairá de férias em breve.</li> <li>- Resolvido. Conversou.</li> <li>- Dificuldade de adequar o horário do jantar com a medicação principalmente.</li> <li>- Ok. Tenho realizado.</li> <li>- Marcado para próxima semana.</li> <li>- MIS: Cansaço que parece não vou aguentar o peso do corpo</li> <li>- Ok. Coletou, falta fornecer resultado.</li> <li>- Realizando regularmente, 1 h diária. Andado de bicicleta.</li> <li>- Peso: 81,6, glicemia: 111 mg/dl, tem se dedicado</li> <li>- Esta fazendo regularmente. Trouxe todos controles realizados até esta consulta</li> <li>- Em uso de meia de algodão, porém elástico apertado</li> </ul>	<p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Parcial</p> <p>Ineficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Ineficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Ineficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Parcial</p>

\*APRECIÇÃO: EFICAZ: resposta benéfica e/ou com necessidade de reforço. PARCIAL: resposta sem alcance efetivo. INEFICAZ: resposta insatisfatória

DATA DE ABERTURA	DIAGNÓSTICO	METAS E SUGESTÕES INTERATIVAS	EVOLUÇÃO	APRECIÇÃO
30/10/97	<p>a) AUTO-CONCEITO: - Rever lazer (estresse)</p> <p>B) FUNÇÃO IDENTIDADE:</p> <p>C) INTERDEPENDÊNCIA:</p> <p>d) NECESSIDADES FISIOLÓGICAS:</p> <p>- Dificuldade de adequar horário da medicação e das refeições.</p> <p>- Fezes endurecidas</p> <p>- Ausência da realização exame fundo de olho</p> <p>- Cansaço Mís</p> <p>- Resultado pendente coleta material fungico</p>	<p>- Motivar-se para o lazer.</p> <p>- Adequar-se com mais eficiência horário das medicações</p> <p>- Tomar mais líquidos (chá) da ameixa preta, à noite</p> <p>- Permanecer realizando exercício físico, intensificando a regularidade.</p> <p>- Comparecer a consulta para exame do fundo do olho</p> <p>- Retorno em 13 de novembro antes de sair de férias.</p> <p>- Frotar elástico da meia. Umedecer a meia e passar ferro quente.</p> <p>- Pendente resultado mat. fungico</p> <p>- Observar cansaço nos MIs, se é do exercício físico ou não.</p>	<p>Retorno / Data: 13/11/97</p> <p>- Não houve possibilidade. Consegui férias.</p> <p>- Tem observado.</p> <p>- Ok. Acredita que tenha auxiliado.</p> <p>- Em torno de 3 vezes por semana, 1 h. Intensificar a regularidade.</p> <p>- Ok. Resultado. Discreto edema macular Olho Direito</p> <p>- Ok.</p> <p>- Estava de meia de algodão e ecom elástico frouxo.</p> <p>- Ainda não está pronto. Pendente</p> <p>- Acredita que tem a ver com o exercício, pois sente qdo intensifica-o.</p> <p>- Peso: 80,8 ; IMC: 29,0, PA: 110/80 mmHg</p> <p>- Glicemia capilar: 99 mg/dl</p> <p>- Meta para março/98: 72 Kg</p>	<p>Parcial</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Ineficaz</p> <p>Parcial</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p>

DATA DE ABERTURA	DIAGNÓSTICO	METAS E SUGESTÕES INTERATIVAS	EVOLUÇÃO	APRECIÇÃO
13/11/97	<p>a) AUTO-CONCEITO:</p> <p>B) IDENTIDADE:</p> <p>C) INTERDEPENDÊNCIA:</p> <p>D) NECESSIDADES FISIOLÓGICAS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dor ao evacuar</li> <li>- Negligencia por dois episódios do uso do medicamento</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permanecer adequando horário da medicação com rotina diária.</li> <li>- Tomar mais líquido.</li> <li>- Permanecer fazendo uso da ameixa preta à noite. Observar características da evacuação.</li> <li>- Intensificar a regularidade do exercício físico</li> <li>- Fornecer resultado exame material fúngico. Pendente.</li> <li>- Cuidar dieta nas festa de fim-de-ano e férias</li> <li>- Incentivar-se para o auto-cuidado.</li> <li>- Meta: Março 72 kg.</li> <li>- Aproveitar distrair-se muito nas férias.</li> </ul>	<p>Retorno / Data: Previsto p/ março de 1998</p>	

**ANEXO 4**

**Protocolo da consulta de enfermagem da Pessoa J**

UFSC - UFSM - HUSM

Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes

COLETA DE DADOS

1- IDENTIFICAÇÃO PESSOAL e do AMBIENTE:

Nome: Pessoa J

SAME:

Gênero: ( )F (x)M Etnia: (x)Branco ( )Negro ( )Outra:

Data de nascimento: ...../...../..... (idade: 68 anos)

Estado civil: ( )solteiro(x)casado ( )viúvo ( )companheiro ( )divorciado

Religião: - Naturalidade: - Profissão: Agricultura

Trabalha: (x)não ( )sim: Ocupação: Afazeres da casa/ serviços em geral

Grau de instrução: ( )analfabeto (x)1ºgrau completo ( )1ºgrau incompleto

( )2ºgrau completo ( )2ºgrau incompleto ( )3ºgrau completo ( )3ºgrau incompleto

Antecedentes familiares: mãe e todos seus 14 irmãos, sendo 1 faleceu por complicações do diabetes.

Alergenos: --

Diagnóstico médico: DM Tipo II Data de manifestação doença: Há +- 25 anos atrás

Data da consulta: (preenchimento do protocolo): 27 de outubro de 1997

Endereço:

Endereço para contato:

Saneamento: Água: (x)sim ( )não:..... Luz: (x)sim ( )não:.....

Esgoto: (x)sim ( )não:..... Lixo: (x)sim ( )não:.....

3- IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS LIGADOS AOS MODOS:

a) Auto-conceito (eu real):

- Como vê a si própria?

Bem. Alegre. As vezes me aborreço, fico nervoso, as vezes.

- Como gostaria de ser vista?

Como sou.

- Como gostaria de ser?

Como sou.

- Como vê a sua condição de saúde e terapêutica?(FI) Como se sente em relação a terapêutica?

Boa.

Bem.

- Como considera a doença? Têm conhecimento e expressa alguma coisa sobre a doença?(O que sabe)?

É horrível. Não estando doente tudo vai bem. A diabetes é horrível e não é horrível. Outra pior que está impossível.

Sim. Expressa o que é, cuidados, tratamento.

- **(FI)Como se sente com a condição de saúde afetada?**

Tem que se acostumar. Já que Deus colocou para gente assim. Antes de outra pior que não tem cura.

- Como considera a equipe de saúde? **(FInterd)Como vê seu relacionamento com a equipe de saúde?**

Boa.

Bem.

- Como vê o sistema de saúde?

Bom.

- Como acha que sua família a vê? **(FInterd)Como vê seu relacionamento com a família?**

Ralham bastante. Às vezes adianta, às vezes não.

Bem.

- Como vê seus hábitos preferenciais (bebida, cigarro, automedicação, lazer)?

Bebida: Cerveja nos fins de semana. Não fumo. Auto-medicação: Anador, às vezes e chá caseiro.

Lazer: Gostaria de jogar bocha. Não vou, senão vou querer tomar bebida, daí não dá, abuso.

Então, assisto televisão.

#### **b) Função Identidade (eu refletido):**

- Como se sente em relação a sua ocupação?Quais os recursos disponíveis no ambiente de trabalho e/ou em relação as ações cotidianas?

Bem. O trabalho como profissão tive que deixar, pois para fora, serviço pesado, cansa demais.

- Como se sente nas relações familiares: como esposa(o)? mãe/pai? filha/o? avó (ô)? viúva(o)?Companheira(o)?

Bem.

- Gostaria de expressar como se sente ou vê sua sexualidade ou perguntar algo sobre sexualidade?



Não tenho vida sexual ativa há +- 5 anos. Conversamos sobre tratamento e este expressou que gostaria de consultar com urologista.

**c) Interdependência (eu projetado):**

- Como vê seu relacionamento com as outras pessoas com diabetes?

Aborrecido, porque meus parentes (irmãos) são diabéticos e moram longe. Gostaria maior relação, ajuda a se conformar.

**d) Necessidades Fisiológicas:**

- Como se sente em relação ao:

**- Sistema Nervoso:**

Sono/reposo: Dorme bem, mais ou menos 5 a 6 h, cesteia.

Etilista: (x) não ( ) sim. Tempo: Qtdade diária: Tipo: Cerveja

Drogas tóxicas: (x) não ( ) sim. Tempo: Qtdade: Tipo:

**- Aparelho respiratório:**

Tabagista: (x) não ( ) sim. Tempo: Qtdade diária: Tipo:

**- Aparelho cardiovascular:** Hipertenso (200/100 mmHg). Faz uso de diuran 1cp/vo/dia

**- Aparelho digestivo:** s.p.

Alimentação: Devo seguir a orientação da nutricionista.

**- Sistema Endócrino:** s.p.

**- Aparelho Urinário:** s.p

Próstata: s.p. Não realizou exame preventivo até o momento.

**- Aparelho Genital:**

Filhos: ( ) não (x) sim. Quantos: (4)F (1)M Se mãe: Gesta: Partos: Abortos:

Exames preventivos: Auto exame mama ( ) sim ( ) não

Citopatológico anual: ( ) sim ( ) não

**- Órgãos dos sentidos:**

Fundo de olho anual: ( ) não (x) sim. Qual resultado de exame prévio, data:

Microhemorragias e microaneurismas com aumento do reflexo arterial. Em 22/maio/97

**- Sistema Músculo Esquelético (membros superiores e inferiores):**

Edema: (x) não ( ) sim. Onde:

Têm úlcera: ( ) não (x) sim: ( ) limpa ( ) contaminada/cultura: coletado material em 27 de out./97

Região: Calcâneo. Face lateral pé MID

Tratamento realizado: ( ) água e sabão (x) antibiotico sistêmico

(x) substância alternativa. Qual: Curativo oclusivo úmido

Período: A partir de hoje, 27 de out./97

Tempo de lesão: (x)menos de 7 dias ( )entre 15 a 30 dias ( )mais 30 dias

Limitação na mobilização: ( )sim (x)não

Tipo de lesão: (x)neuropática ( ) isquêmica (x)traumática ( )outras:

Têm amputações: (x)não ( )sim: ( )MID ( )MIE ( )pé D ( )pé E  
( )pododáctilos ( )outros

Alteração de sensibilidade: Refere formigamento dos MIs.

*Térmica*( )não (x)sim *Tátil*(x)não ( )sim *Dolorosa*( )não (x)sim

Pulso: (x)presente ( )ausente. Local:pedioso

Temperatura: (x)normal ( )frio.Local: ( )quente.Local:

Turgor cutâneo: ( )normal (x)diminuído

Micoses interdigitais: (x)não ( )sim. Onde: Com frequência. Faço uso canesten daí.

Calosidades: (x)não ( )sim. Onde: Obs. Ao exame pés apresenta fundo unhas.

Têm amputações: (x)não ( )sim: ( )MID ( )MIE ( )pé D ( )pé E ( )pododáctilos ( )outros

Tipo de calçado: ( ) tênis ( ) chinelo ( )calçado ortopédico (x)calçado comum: aberto  
( )outros:

Higiene dos pés: (x)boa ( )ruim ( )regular

Deambulação: Normal

- **Higiene (geral):** (x)boa ( )ruim ( )regular

- **Tratamento:**

(x) dietoterapia. Tipo: Tem tentado alimentar-se de acordo com as recomendações da nutricionista

Há quanto tempo? 25 anos Período: -

(x) exercício físico. Tipo: Caminhada

Há quanto tempo? Por períodos, irregular Período: 1 hora/ 3x por semana

( )hipoglicemiante oral. Há quanto tempo: ( ) 0-5 anos ( )5-10 anos ( )+10 anos

Tipo: Dose: Manhã Tarde Noite

(x)insulinoterapia. Há quanto tempo: ( )0-5 anos ( )5-10 anos (x)+10 anos

Dose: Manhã 40 u Tarde Noite 20 u

Auto-aplicação: (x)sim ( )não. Por que? Melhor.

Satisfatório conhecimento geral autoaplicação: (x)sim

( )não.Quais dificuldades:

Como se sente em relação a auto-aplicação de insulina? Bem.

Tratamentos Correlatos: ( )não (x)sim. Quais? Hipertensão Arterial. Uso de diuran.

**- Exames periódicos: (prévios):**

Glicose: 166 mg/dl; Hemoglobina glicosilada: 8,26%; Colesterol: 202 mg/dl; LDL: 146; HDL: 146;  
Triglicerídeos: 81 mg/dl; Ácido úrico: 5,1 mg/dl; uréia: 54 mg/dl; creatinina: 1,3 mg/dl;  
exame de urina: microalbuminúria: normal.

Faz controle de glicemia periférica regularmente:  não  sim Em que frequência:

Quando vem na consulta, nem sempre ainda fazem.

Como se sente em relação ao seu auto-monitoramento da glicemia? Sem problemas.

**Mensuração:** Data:27/10/97

Sinais vitais: PA:200/100mmHg P: - R: - T: - Glicemia periférica: 134 mg/dl

Peso: 90 Altura: 1,67 IMC: 32,27

normal (entre 18,5 a 24,9)

obesidade grau I (25,0 a 29,9)

obesidade grau II (30,0 a 39,9)

obesidade grau III (>ou = 40,0)

desnutrição (menor 18,5)

DATA DE ABERTURA	DIAGNÓSTICO	METAS E SUGESTÕES INTERATIVAS	EVOLUÇÃO	APRECIÇÃO
27/10/97	a) AUTO-CONCEITO		Retorno previsto para Março de 1998	Eficaz
	B) FUNÇÃO IDENTIDADE	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhado para urologia. Comparecer a consulta para exame preventivo da próstata e conversar sobre impotência.</li> <li>- Marcar consulta p/ urologia.</li> <li>- Verificar pressão arterial três vezes por semana e anotar.</li> <li>- Manter curativo oclusivo úmido na lesão pé direito, observando quando vazar, retirar. Lavar com água e sabão e se for num dia que não esteja próximo de vir para o curativo, lavar somente com água corrente e sabão de glicerina e manter gaze úmida em solução fisiológica.</li> </ul>		Parcial
	- Inatividade sexual			Eficaz
	C) INTERDEPENDÊNCIA	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ausência de correlação familiares que moram longe</li> </ul>		Eficaz
	D) NECESSIDADES FISIOLÓGICAS	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Coletado swab da lesão.</li> <li>- Usar meia de algodão, frouxando o elástico.</li> <li>- Procurar um calçado fechado, de couro, confortável.</li> <li>- Passar hidratante nos Mis diariamente</li> </ul>		Eficaz
	- Ausência de exame preventivo de próstata			Parcial
	- Alteração Pressão Arterial (aumentada)			Parcial
	- Lesão perfurante plantar pé direito pós-traumatismo (calosidade)			Ineficaz
	- Presença de secreção na lesão.			Ineficaz
	- Alteração sensibilidade dos pés			Eficaz
	- Diminuição do turgor da pele dos Mis			Eficaz
	- Presença de fungo unhas pés.			Eficaz
	- Inadequação ao exercício físico			Eficaz
	- Obesidade grau II			Ineficaz

**ANEXO 5**

**Protocolo da consulta de enfermagem da Pessoa P**

UFSC - UFSM - HUSM

Consulta de Enfermagem à Pessoa com Diabetes

COLETA DE DADOS

1- IDENTIFICAÇÃO PESSOAL e do AMBIENTE:

Nome: Pessoa P

SAME:

Gênero: (x)F ( )M Etnia: (x)Branco ( )Negro ( )Outra:

Data de nascimento: ...../...../..... (idade: 77 anos)

Estado civil: ( )solteiro(x)casado ( )viúvo ( )companheiro ( )divorciado

Religião: - Naturalidade: - Profissão: Micro empresária

Trabalha: ( )não (x)sim: Loja

Grau de instrução: ( )analfabeto (x)1ºgrau completo ( )1ºgrau incompleto

( )2ºgrau completo ( )2ºgrau incompleto ( )3ºgrau completo ( )3ºgrau incompleto

Antecedentes familiares: Que saiba não.

Alergenos: --

Diagnóstico médico: DM Tipo II

Data de manifestação doença: +-1987

Data da consulta: (preenchimento do protocolo): 20 de outubro de 1997

Endereço:

Endereço para contato:

Saneamento: Água: (x)sim ( )não:..... Luz: (x)sim ( )não:.....

Esgoto: (x)sim ( )não:..... Lixo: (x)sim ( )não:.....

3- IDENTIFICAÇÃO DOS COMPORTAMENTOS LIGADOS AOS MODOS:

a) *Auto-conceito (eu real):*

- Como vê a si própria?

Bem. Porém preocupada, com doença filhos, marido. Reservada e nervosa.

- Como gostaria de ser vista?

Como sou.

- Como gostaria de ser?

Como é.

- Como vê a sua condição de saúde e terapêutica?(FI) Como se sente em relação a terapêutica?

Às vezes se sente nervosa, sempre em tratamento.

Quanto ao tratamento: Horrível. Início a insulina hoje. Dizia antes que preferia morrer do que fazer insulina. Mas hoje vou tentar. Me sinto ruim.

- Como considera a doença? Têm conhecimento e expressa alguma coisa sobre a doença?(O que sabe)?

“Doença: Tristeza”. Conhece a doença. Tem muito medo das complicações.

- (FI)Como se sente com a condição de saúde afetada?

Conformada. Posso alimentar-me, não sinto necessidade do resto.

- Como considera a equipe de saúde? (Flnterd)Como vê seu relacionamento com a equipe de saúde?

Boa.

Bem.

- Como vê o sistema de saúde?

Péssimo. Para quem tem ainda se defende. Quem não tem, coitados.

- Como acha que sua família a vê? (Flnterd)Como vê seu relacionamento com a família?

Bem.

- Como vê seus hábitos preferenciais (bebida, cigarro, automedicação, lazer)?

Não bebo, não fumo. Uso chá caseiros.

Lazer: assistir televisão, gosto de lidar com flores em vasos.

#### **b) Função Identidade (eu refletido):**

- Como se sente em relação a sua ocupação?Quais os recursos disponíveis no ambiente de trabalho e/ou em relação as ações cotidianas?

Bem.

- Como se sente nas relações familiares: como esposa(o)? mãe/pai? filha/o? avó (ô)? viúva(o)?*Companheira?*

Bem.

- Gostaria de expressar como se sente ou vê sua sexualidade ou perguntar algo sobre sexualidade?

Bem.

#### **c) Interdependência (eu projetado):**

- Como vê seu relacionamento com as outras pessoas com diabetes?

Não têm convivência com outros diabéticos. Genro é diabético, porém não fala-se disto.

**d) Necessidades Fisiológicas:**

- Como se sente em relação ao:

**- Sistema Nervoso:**

Sono/repouso: Dorme bem, mais ou menos 8 h. Levanta 7 ou 8 vezes, para ir ao banheiro urinar.

Etilista: (x) não ( ) sim. Tempo: Qtdade diária: Tipo: Cerveja, esporadicamente Wiski

Drogas tóxicas: (x) não ( ) sim. Tempo: Qtdade: Tipo:

**- Aparelho respiratório: s.p.**

Tabagista: (x) não ( ) sim. Tempo: Qtdade diária: Tipo:

**- Aparelho cardiovascular:** Ao ECG de esforço: taquicardia supra ventricular de origem isquêmica. Faz uso de verapamil 80.

**- Aparelho digestivo:** Função intestinal diária, com auxílio de ameixa preta e verdura.

Alimentação: Segue dieta orientada para diabéticos.

**- Sistema Endócrino: s.p.**

**- Aparelho Urinário:** nictúria, dia: normal.

Próstata: -

**- Aparelho Genital:**

Filhos: ( ) não (x) sim. Quantos: (1)F (3)M Se mãe: Gesta: IV Partos: IV Abortos: -

Exames preventivos: Auto exame mama ( ) sim (x) não

Citopatológico anual: ( ) sim (x) não Obs. Histerectomia aos 52 anos /

Menopausa aos 50 anos

**- Órgãos dos sentidos:**

Fundo de olho anual: ( ) não (x) sim. Qual resultado de exame prévio, data: Catarata em evolução Olho Direito. Microhemorragias e microexsudatos em pólo posterior. Retinopatia diabética.

**- Sistema Músculo Esquelético (membros superiores e inferiores):**

Edema: ( ) não (x) sim. Onde: tornozelos

Têm úlcera: (x) não ( ) sim: ( ) limpa ( ) contaminada/cultura:

Região:

Tratamento realizado: ( ) água e sabão ( ) antibiotico sistêmico

( ) substância alternativa. Qual: Período:

Tempo de lesão: ( ) menos de 7 dias ( ) entre 15 a 30 dias ( ) mais 30 dias

Limitação na mobilização: ( ) sim ( ) não

Tipo de lesão: ( ) neuropática ( ) isquêmica ( ) traumática ( ) outras:



Têm amputações: ( ) não ( ) sim: ( ) MID ( ) MIE ( ) pé D ( ) pé E  
( ) pododáctilos ( ) outros

Alteração de sensibilidade:

*Térmica*(x) não ( ) sim *Tátil*(x) não ( ) sim *Dolorosa*(x) não ( ) sim

Pulso: (x) presente ( ) ausente. Local: pedioso

Temperatura: (x) normal ( ) frio. Local: ( ) quente. Local:

Turgor cutâneo: (x) normal ( ) diminuído

Micoses interdigitais: (x) não ( ) sim. Onde:

Calosidades: (x) não ( ) sim. Onde:

Têm amputações: (x) não ( ) sim: ( ) MID ( ) MIE ( ) pé D ( ) pé E ( ) pododáctilos ( ) outros

Tipo de calçado: (x) tênis ( ) chinelo ( ) calçado ortopédico (x) calçado comum  
(x) outros: adequado

Higiene dos pés: (x) boa ( ) ruim ( ) regular

Deambulação: Normal

- **Higiene (geral):** (x) boa ( ) ruim ( ) regular

- **Tratamento:**

(x) dietoterapia. Tipo: Segue alimentação de acordo com as recomendações da nutricionista

Há quanto tempo? Desde 1987 Período: sempre

(x) exercício físico. Tipo: Bicicleta ( ½ h qdo chove) e Caminhada

Há quanto tempo? 5 anos Período: 1 hora diária

(x) hipoglicemiante oral. Há quanto tempo: (x) 0-5 anos ( ) 5-10 anos ( ) +10 anos

Dose: Manhã 1/2cp Tarde - Noite 1/2 cp

(x) insulino terapia. Há quanto tempo: (x) 0-5 anos ( ) 5-10 anos ( ) +10 anos

Dose: Manhã 15 u Tarde Noite 8 u

Auto-aplicação: ( ) sim (x) não. Por que? Não quer de forma alguma. O esposo realizará.

Satisfatório conhecimento geral autoaplicação: (x) sim ( ) não. Quais dificuldades: s.p.

Como se sente em relação a aplicação de insulina? Ruim. Não quer realizar auto-aplicação. 80

Tratamentos Correlatos: ( ) não (x) sim. Quais? Verapamil 80

- **Exames periódicos:** (prévios):

Glicose: 226 mg/dl; glicemia pós-prandial: 325mg/dl; Hemoglobina glicosilada: 11, 17%,

Colesterol: 184 mg/dl, HDL: 47, LDL: 108, Triglicerídeos: 146 mg/dl.

Faz controle de glicemia periférica regularmente: (x) não ( ) sim Em que frequência: -

Iniciará devido uso de insulina no tratamento.

Como se sente em relação ao seu auto-monitoramento da glicemia? Não sabe , vai tentar realizar.

**Mensuração:** Data:20/10/97

Sinais vitais: PA:160/90 mmHg P: - R: - T: - Glicemia periférica: 290 mg/dl

Peso: 69,4 Altura: 1,56 IMC: 28,52

( ) normal (entre 18,5 a 24,9)

(x) obesidade grau I (25,0 a 29,9)

( ) obesidade grau II (30,0 a 39,9)

( ) obesidade grau III (>ou = 40,0)

( ) desnutrição (menor 18,5)

DATA DE ABERTURA	DIAGNÓSTICO	METAS E SUGESTÕES INTERATIVAS	EVOLUÇÃO	APRECIÇÃO
20/10/97	<p><b>a) AUTO-CONCEITO</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nervosismo</li> </ul> <p><b>B) FUNÇÃO IDENTIDADE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pensar sobre os problemas e ver se tem algo mais a fazer. Adiante se preocupar. ! Refletir.</li> <li>- Pensar sobre a auto-aplicação da insulina. Por que?</li> <li>- Realizar auto-monitoração: antes café e depois do café, 2 vezes por semana.</li> <li>- Se resultado da glicemia capilar: abaixo de 60 mg/dl, comer uma bala, ou tomar um copo de suco doce.</li> <li>- Aplicação insulina: fazer rodízios, observar regiões e cuidados de higiene.</li> <li>- Observar hábitos do sono.</li> <li>- Realizar auto-exame mama 1 vez por mês.</li> <li>- Continuar com dieta/ exercício físico e medicamentos.</li> </ul>	<p>Retorno . Data prevista: 10 de novembro/1997</p> <p><b>NÃO COMPARECEU AO RETORNO!</b></p> <p>Telefonei, justificou que ficou sem motorista, que poderia reomar somente em janeiro. Assim, conversei por telefone sobre seu estado geral, reavaliando as metas.</p> <p>Após, enviei um ofício solicitando avaliação sobre a consulta de enfermagem, com envio via correio de uma manual de cuidado com pés e um agenda do diabético. Solicitei que me enviasse a resposta ao ofício, recebi esta dia 18 de novembro. Encontra-se em anexo neste relatório, tanto o ofício, quanto a avaliação da consulta.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Relatou por telefone que está sentindo-se menos nervosa. Disse que o que havia lhe deixado muito nervosa, foi o fato de ter que fazer a insulina, mas que já esta superando. Refere fraqueza , porém associa a adaptação ao novo tratamento.</li> <li>- Não admite nem pensar em auto-aplicação da insulina. Por enquanto não. Não quero nem pensar no fato por enquanto.</li> <li>- Auto-monitoração: Realizando 2 vezes por semana, após a refeição. Sómente uma vez, fez antes e após. Hoje informa glicemia: 152 mg/dl , peso: 67,5.</li> <li>- Refere que está observando os sinais e valores da glicemia. Não apresentou nenhum episódio de hipoglicemia.</li> <li>- Seu marido que está lhe aplicando a insulina. Não tem dificuldade, regões, rodízio, higiene, seg, ela.</li> <li>- Continua com dificuldade do sono. Conversamos para na próxima consulta dialogar sobre mais sobre isto.</li> <li>- Realizou o auto-exame. Não encontrou nada, tudo normal.</li> <li>- Conversado da neces. permanecer exercício físico regular, dieta., medicamentos.</li> </ul>	<p>Parcial</p> <p>Ineficaz</p> <p>Parcial</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Ineficaz</p> <p>Eficaz</p> <p>Eficaz</p>
	<p><b>C) INTERDEPENDÊNCIA</b></p>			
	<p><b>D) NECESSIDADES FISIOLÓGICAS</b></p>			
	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Dificuldade sono., pela poliúria e nictúria.</li> <li>- Ausência de rauto exame mamas</li> <li>- Obesidade grau I</li> <li>- Aumento da glicemia. Mudança de tratamento, início do uso de insulina.</li> <li>- Não aceitação auto-aplicação de insulina</li> </ul>			