

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM- ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM

*A Ludoterapia no Processo Educativo do Cliente
Diabético para o Autocuidado*

Samara Eliane Rabelo

Orientadora: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Florianópolis, julho de 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM- ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM

*A Ludoterapia no Processo Educativo do Cliente
Diabético para o Autocuidado*

Samara Eliane Rabelo

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, como requisito para a obtenção do título de Mestre em Enfermagem

Orientadora: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Florianópolis, julho de 2000.

Julho de 2000

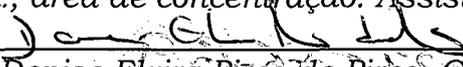
Samara Eliane Rabelo

*A Ludoterapia no Processo Educativo do Cliente
Diabético para o Autocuidado*

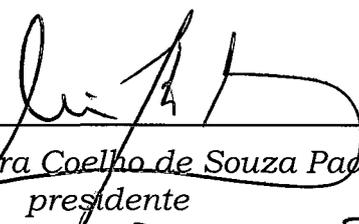
Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para a obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem.

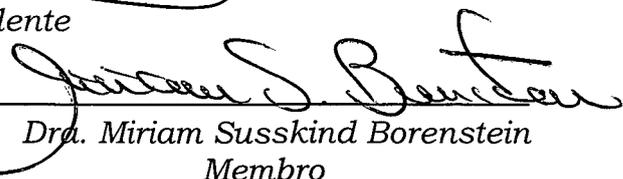
e aprovada em sua forma final em 27 de julho de 2000, atendendo às normas da legislação vigente do Programa de Pós graduação em Enfermagem- Curso de Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina., área de concentração: Assistência em Enfermagem.


Prof. Enf. Dra. Denise Elvira Pires de Pires, Coordenadora do Programa

Banca Examinadora:


Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
presidente


Dra. Denise M. Guerreiro V. da Silva
Membro


Dra. Miriam Susskind Borenstein
Membro


Mauro Leonardo S. Caldeira dos Santos
Membro


Dr. Reinaldo Matias Fleury
Membro Suplente

“Dedico este trabalho a todas as pessoas diabéticas que aprenderam, estão aprendendo ou ainda irão aprender a se autocuidar.”

Agradecimentos

*Veja,
Não diga que a canção está perdida
Tenha fé em Deus, tenha fé na vida....*

À Itayra, minha orientadora, por toda dedicação e disponibilidade, por guiar os passos deste trabalho e partilhar comigo todas as alegrias e dificuldades encontradas no decorrer do caminho.

Aos meus pais, pelo grande carinho e estímulo constantes, por erguerem minha cabeça nos momentos mais difíceis.

Ao Lúcio, por ter compartilhado comigo grandes momentos e por ter se tornado minha referência durante esta caminhada. Pelo apoio e compreensão, a você o meu agradecimento especial.

À minha irmã, Simone, pela grande e eterna amizade e também pela ajuda fundamental na formatação deste trabalho.

À Sonara, pela amizade, carinho e agradável convivência.

Às minhas amigas do mestrado, Ana Maria, Vânia, Nádia, Lúcia e Patrícia, pelas festas descontraídas e brincadeiras.

*Beba,
Pois a água viva ainda está na fonte
Você tem dois pés para cruzar a ponte
Nada acabou....*

*Queira,
Basta ser sincero e desejar profundo
Você será capaz de sacudir o mundo, vai....*

À Sônia Maria Soares, por ter sempre me incentivado na vida acadêmica, pela amizade e disponibilidade na leitura final deste trabalho.

À Jane Saletti, por ter compartilhado comigo todo o seu grande conhecimento.

À todas as colegas do Departamento de Enfermagem Básica da EEUFMG, pelo apoio e incentivo, especialmente à Maria José, Lucinha, Vânia, Elenice e Marisa.

À Miguir, pelo incentivo decisivo na minha opção em desenvolver este trabalho em Florianópolis.

Aos profissionais de saúde do Ambulatório Borges da Costa, em especial à enfermeira Ivone, pelo carinho, compreensão e por caminharem comigo na luta por melhores estratégias de ensino junto aos clientes.

Às pessoas que aceitaram participar deste estudo, pela dedicação e disponibilidade em retornar ao ambulatório para a coleta de dados.

*Tente,
E não diga que a vitória está perdida
Se é de batalhas que se vive a vida....
(Raul Seixas/ Paulo Coelho/ Marcelo Motta)*

RESUMO

Este é um estudo qualitativo que teve como objetivo discutir a contribuição da ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado. O estudo foi realizado no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais. Para se chegar a essa discussão foram realizadas consultas de enfermagem com cinco clientes diabéticos que espontaneamente aceitaram participar do estudo. As consultas de enfermagem foram gravadas e analisadas em seu conteúdo a fim de se detectar os déficit de autocuidado apresentados por estes clientes e a partir deles foram elaborados jogos educativos. Esses jogos educativos foram implementados em encontros subsequentes a fim de se trabalhar cada déficit de forma lúdica, participativa e grupal. Os encontros foram filmados, analisados e transcritos para traduzir a essência do diálogo em cada encontro e oportunizou a organização dos dados que foram posteriormente categorizados. As categorias de análise foram assim denominadas: **dieta** (dentro dessa categoria foram encontradas subcategorias: **contradições entre o discurso e a prática e o que devo comer e o que não devo comer**), **autoestima** (dentro dessa categoria foram encontradas subcategorias: **eu sou feliz e sentir raiva de si mesmo**), **o cuidar de si** (com as subcategorias: **caminhar é preciso e o cuidado do dia a dia**) e **é caro se cuidar**. Dentro desses encontros a ludoterapia promoveu um contexto educativo que permitiu a interrelação entre os participantes promovendo intercâmbio das experiências vivenciadas, uma leitura crítica da realidade e a discussão de conflitos a serem superados. Na medida em que os clientes compartilharam suas experiências e saberes, os déficit apresentados por um cliente, puderam ser superados quando outro cliente apresentava competência para esse mesmo déficit. A ludoterapia desenvolveu nos clientes a capacidade de conhecer a causa de seus problemas e de direcionar para um caminho de enfrentamento. A principal contribuição desse trabalho para a enfermagem foi validar a ludoterapia como uma possibilidade de trabalhar déficit de autocuidado seja com clientes diabéticos ou outra clientela mostrando ao enfermeiro a importância da incorporação dessas atividades em sua prática diária. Dessa forma os cursos de graduação deveriam desenvolver esse tema em seus currículos e novas pesquisas utilizando técnicas lúdicas poderão surgir como fundamentação teórica e prática para a assistência de enfermagem.

ABSTRACT

This is a qualitative study that aimed to discuss the playtherapy contribution in the diabetic client education process for self care. To reach this discussion it was accomplished Nursing Consultations with five diabetics clients that were willing to participate in this study. The Nursing Consultations were recorded and had their content analyzed so that to detect self care deficits presented by these clients and from them it was made educative games. The educative games were introduced during following meetings to work out each deficit, through the participation in group by clients using the games. The meetings were filmed, analyzed and transcribed in order to translate the dialogue essence in each meeting, and gave the opportunity to organize the data that were categorized afterwards. The analyzed categories were named: **diet** (inside this category it was found undercategories: **contradiction between the speech and practice** and **what should I eat and not eat**), **self esteem** (inside this category was found undercategories: **I am happy and feeling ungrateful with himself**), the self care (with the undercategories: **to walk is necessary** and **daily care**) and **it is expensive to himself**. In these meetings the therapy with games promoted an education context that allowed the inter relationship between the participants, promoting interchange of their life experience, a critical reading of reality and a discussion of conflicts that should be surmounted. As the clients were sharing their experiences and knowledges, deficits presented by a client could be surmounted when another client presented competence in that same deficit. The therapy with games developed in the clients the ability to know the cause of their problems and to direct to cope with these problems. The main contribution of this study for nursing was to validate the therapy with games as possibility in working self care deficits both with diabetic clients and others clients, showing to nurses the importance of the incorporation of these activities in their daily practice. Thus, under graduation courses should develop this theme in their curricula and new researches using this technique with games can emerge as theoretical and practice foundation for nurse care.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	
A Trajetória	4
O Problema	6
O Objetivo	8
REVISÃO DE LITERATURA	
O Diabetes	10
A Ludoterapia.	12
A Teoria do Autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem.	17
METODOLOGIA.	32
O Local.	33
Os Clientes	34
O caminho percorrido	37
A Análise dos dados	50
A LUDOTERAPIA NO PROCESSO EDUCATIVO DO CLIENTE DIABÉTICO PARA O AUTOCUIDADO	53
Dieta.	54
- O que devo comer e o que não devo comer	54
- Contradição entre o discurso e a prática	58
- A luta do dia a dia	59
Autoestima	61
- Eu sou feliz	62
- Sentir raiva de si mesmo	64
O cuidar de si	66
- Caminhar é preciso	66
- O cuidado do dia a dia.	69
É caro se cuidar	73
CONSIDERAÇÕES FINAIS	79
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	83
ANEXOS	91

LISTA DE FIGURAS

Figura I: <i>Auto aplicação de insulina</i>	20
Figura II: <i>Consulta de Enfermagem</i>	39
Figura III: <i>Jogo da batata quente</i>	48
Figura IV: <i>Exercícios com os pés</i>	70

LISTA DE QUADROS

Quadro I: <i>Processo de Enfermagem de Dorothea Orem.</i>	43
Quadro II: <i>Processo de enfermagem deste trabalho</i>	43

LISTA DE TABELAS

Tabela 1- Caracterização da clientela.

36

Capítulo I

Considerações Iniciais

Um novo século se inicia, e com ele surge a esperança de um mundo melhor, que, no entanto, parece estar ainda distante, quando se vê que novas doenças continuam a ser identificadas e que os processos de cura para tantas outras, apesar de estarem em evolução, permanecem, muitas vezes, sem solução. Questões como o uso abusivo de drogas, falta de moradias, doenças mentais e doenças crônicas desafiam aos mais sofisticados sistemas de atendimento à saúde. Os profissionais da área defrontam-se com uma população mais idosa, cujas necessidades são cada vez mais complexas.

Diante dos problemas sociais, culturais e psicológicos associados aos de saúde que não foram resolvidos no século XX e que permanecerão como grandes desafios para o século XXI, torna-se necessário buscar formas de tratamento que privilegiem a qualidade de vida dos indivíduos, mesmo quando forem portadores de alguma doença crônica.

A doença crônica por si só não diminui necessariamente a qualidade de vida de uma pessoa, mas será uma variável de grande importância, pois interfere em suas atividades, relações interpessoais e auto-estima (Hanestad, 1989).

Os indivíduos nessas condições necessitam de informações suficientes e adequadas, para que possam conviver com a doença e minimizar os efeitos por ela causados a fim de tenham uma “boa vida”. Ter uma “boa vida” significa realizar as atividades diárias, ter disposição para o trabalho, manter relações interpessoais e desfrutar de auto-estima.

SILVA (1990) detectou esses fatores como os enfrentamentos estabelecidos por uma pessoa portadora de uma doença crônica.

Contudo, para que os indivíduos portadores de uma doença crônica tenham qualidade de vida, torna-se necessário que conheçam a doença e aprendam a conviver com ela. A educação para a saúde pode ajudá-los a compreender a doença e, assim, superar os seus efeitos, através de uma adesão consciente ao regime de tratamento.

O indivíduo precisa estar plenamente consciente do que está fazendo e não somente aceitar o que está sendo imposto. Torna-se necessário promover uma participação efetiva do cliente no tratamento. O termo *consciência* pode ser analisado sob vários ângulos compreendendo uma consciência política, cultural, ambiental ou psicológica. de acordo com GELAIN (1979), significa a percepção que a pessoa tem de si, do meio ambiente e dos outros.

A consciência crítica, para Freire, é

“o conhecimento ou a percepção que consegue desocultar certas razões que explicam a maneira como estão sendo os homens no mundo, desvela a realidade, conduz o homem à sua vocação ontológica e histórica de humanizar-se, fundamenta-se na criatividade, estimulação, reflexão e a ação verdadeiras do homem sobre a realidade, promovendo a transformação criadora” (Freire, 1987, p. 62).

A consciência, no sentido psicológico, adquire caráter fundamental, porque o nível de consciência vai caracterizar o nível de responsabilidade do agir humano. Dessa forma, quanto maior a consciência do indivíduo portador de uma doença crônica, maior será a sua responsabilidade sobre o tratamento.

Estimular a adesão ao tratamento é imprescindível para que o indivíduo não sofra com as complicações. Muitos estudos sobre esse assunto vêm sendo realizados, mas a avaliação de seus resultados é ainda difícil. No entanto, pode-se considerar que essa adesão é alcançada quando ocorre redução dos sinais e sintomas de complicações agudas e crônicas.

Um fato importante a ser considerado na educação para a saúde refere-se à história cultural e social do cliente, a qual pode indicar as práticas populares de cuidado à saúde, que não podem deixar de ser valorizadas no conjunto de saberes.

No caso específico do Diabetes Mellitus, muitas atividades de apoio e educação têm sido utilizadas com o intuito de orientar os clientes diabéticos e de promover a adesão ao regime terapêutico. No entanto, as ações educativas utilizadas para os clientes diabéticos têm como principal objetivo promover o controle glicêmico, não levando em consideração os aspectos psicológicos, sociais, culturais e de relacionamento. Dessa forma, a adesão tem se mostrado notoriamente baixa. Uma razão disso seria o fato de a atenção estar voltada para o conteúdo e quantidade de informações necessárias para o convívio com a doença (Zanetti, 1990).

Além disso, pode-se mencionar a falta de motivação do cliente e dos profissionais de saúde, criando-se um círculo vicioso: o cliente não se cuida por não ser orientado de forma motivadora e eficaz, ao passo que o profissional não orienta o cliente por vários motivos. Dentre os quais, citamos como mais significativos:

- falta de conhecimento suficiente sobre a importância deste trabalho;
- falta de motivação, muitas vezes, causada pelo contexto do sistema de saúde: baixos salários, altas jornadas de trabalho, condições precárias de trabalho com escassos espaços físicos, recursos humanos e materiais.

A adesão ao regime terapêutico requer que o cliente faça uma ou mais modificações em seu estilo de vida no que se refere a restrições alimentares, prática de atividades físicas e, às vezes, uso contínuo de medicamentos para controlar a glicemia. Por causa dessas alterações impostas pelo tratamento, muitos clientes passam a adotar uma reação pessimista e fatalista em relação à vida, e por isso o rejeitam. Nesse caso, a atuação da enfermeira, mostrando ao cliente a importância do tratamento para a manutenção da qualidade de vida, é fundamental.

Considerando a educação para a saúde como uma das formas de incentivar e possibilitar a adesão ao tratamento, faz-se importante colocar seus objetivos:

- Promover alterações no estilo de vida que possam melhorar a qualidade de vida dos indivíduos portadores de uma doença crônica.
- Minimizar as complicações provocadas pela doença crônica ao longo do tempo, impedindo assim novas hospitalizações para a mesma condição de saúde.

Quando a pessoa não cuida da sua condição crônica, ela está sujeita a diminuir não somente o seu tempo de vida como também a sua qualidade de vida, porque as complicações decorrentes da doença aparecem mais rapidamente e deterioram o indivíduo em sua totalidade.

A observação de LAGANÁ (1989) é que as(os) enfermeiras(os) reconhecem que a educação em saúde leva em conta componentes educacionais, sociológicos, antropológicos, de comunicação e de técnicas motivadoras, mas sentem dificuldade em transformar essas propostas metodológicas e filosóficas em propostas operacionais.

A educação do cliente, familiarizando-o com a doença e com o tratamento visa prepará-lo para o autocuidado, motivando-o para o seguimento terapêutico. Na equipe de assistência ao cliente diabético a(o) enfermeira(o) assume preponderantemente a função educadora (Damaceno, 1987).

O imperativo de que as atividades educativas sejam inerentes ao exercício profissional da(o) enfermeira(o) determina que se utilizem todas as potencialidades da educação profissional a fim de que os clientes possam compreender a importância do tratamento para a manutenção da qualidade de vida.

1 A trajetória...

Com o propósito de educar os clientes diabéticos, foi desenvolvido, há dez anos, no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HCUFMG), um trabalho interdisciplinar de assistência ao cliente diabético.

A minha experiência nesse ambulatório deu-se no 6º período da graduação em Enfermagem, em 1993, quando fui selecionada como bolsista de Iniciação Científica pelo CNPq, desenvolvendo o trabalho¹ *Fitoterapia e Diabetes Mellitus*, o qual foi implementado nesse ambulatório. Depois de terminada a graduação, em 1994, continuei

¹A coordenadora de pesquisa foi a Dr^a Professora Sônia Maria Soares da UFMG.

desenvolvendo a pesquisa no Ambulatório de Endocrinologia. Os resultados foram apresentados no *Congresso Brasileiro de Enfermagem* de 1996.

Ao ingressar na Escola de Enfermagem da UFMG, como docente, em 1996, lecionei na disciplina *Enfermagem Médico-Cirúrgica*, na área de ambulatório. Retornei ao Ambulatório de Endocrinologia e continuei o trabalho de educação realizado com os clientes diabéticos.

A equipe do Ambulatório é constituída por enfermeiras, médicos, nutricionista, fisioterapeuta e psicóloga. Cabe à equipe de enfermagem a educação do cliente diabético para o autocuidado.

O trabalho desenvolvido é composto por duas etapas. Na primeira etapa, os clientes chegam ao Serviço de Endocrinologia encaminhados por outros profissionais da área da saúde, inclusive enfermeiras das unidades de Internação Clínica. Participam todos os profissionais que compõe a equipe. São desenvolvidas cinco aulas teóricas consecutivas, nas quais dá-se o enfoque às orientações gerais sobre o diabetes: conceito, fisiopatologia, tipos, tratamento com insulina e hipoglicemiantes orais (incluindo a auto-aplicação da insulina), cuidados gerais com o corpo e dieta.

Na segunda etapa, os clientes retornam ao serviço para avaliação com a(o) enfermeira(o) ou com médico(a), ou nutricionista, ou psicóloga(o) ou fisioterapeuta. O retorno com a(o) enfermeira(o) é feito numa periodicidade de três a quatro vezes ao ano para cada cliente.

A(o) enfermeira(o) faz uma avaliação individual do estado de saúde do cliente, através da consulta de enfermagem e, posteriormente, do trabalho em grupo. Os clientes formam um grande grupo, iniciando-se as atividades previamente planejadas pela(o) enfermeira(o), constando de jogos educativos confeccionados pelas(os) alunas(os) do Curso de graduação em Enfermagem e outras atividades lúdicas, como trabalhos com massinhas e colagens.

Durante o desenvolvimento do trabalho educativo junto a clientes diabéticos no Ambulatório de Endocrinologia, algumas questões foram surgindo, como da implementação da *Teoria do Autocuidado*, de Dorothea Orem, que sempre foi uma proposta do grupo mas que efetivamente nunca chegou a se organizar. Chegamos, inclusive, a formar grupos de discussão para que pudéssemos implementar a Teoria, mas, devido à falta de continuidade dos trabalhos, isso nunca chegou a se plasmar.

Outra dificuldade estava em promover o interesse e a participação dos clientes diabéticos. Observava que quando utilizávamos aulas expositivas para tratar de um determinado assunto, os clientes mostravam-se entediados e desinteressados.¹ Por outro lado, quando utilizávamos técnicas mais dinâmicas, com a participação ativa dos clientes, percebia que a atividade tornava-se mais prazerosa, alegre e grupal. Dessa forma começamos a “inventar” formas inovadoras de trabalhar, e dentre elas os jogos educativos.

As atividades lúdicas proporcionam aos clientes momentos de descontração e de intercâmbio com os outros participantes do grupo, o que faz com que eles, na maioria das vezes, sintam-se mais à vontade para falar de sua problemática. Além disso, parecem proporcionar aprendizagem, reciclagem e avaliação do aprendizado dos clientes.

A influência da ludoterapia na motivação, educação e entretenimento da pessoa diabética é um assunto que merece investigação, uma vez que vêm sendo realizadas mas sem nenhum estudo referente ao assunto.

2 O problema...

Existem muitas pesquisas em enfermagem sobre educação em diabetes. Muitas delas tratam de questões referentes ao autocuidado do cliente diabético. Muitas teses, dissertações, monografias e artigos têm contemplado esse tema.²

O fato de muitas pesquisas em enfermagem privilegiarem a educação em diabetes para o autocuidado, se dá porque o processo educativo é visto como fundamental

² Fraga et al (1998) ; Luce et al (1990) ; Geremias (1996) ; Neves, (1987) e Tautom (1995).

no tratamento de pessoas diabéticas. Educar significa segundo Freire (1987), levar o homem a buscar, a superação de suas imperfeições, de seu saber relativo.

Para PADILHA (1998), a educação problematizadora orienta-se na definição dos porquês. Do questionamento acerca da realidade, mesmo que aparentemente nada haja a ponderar sobre a metodologia, que não se preocupa simplesmente com a transmissão de conhecimento, e sobre a educação, que consiste na ação conjunta professor/aluno para a solução de problemas.

A educação problematizadora constrói-se a partir de um esforço permanente, através do qual os sujeitos vão se percebendo criticamente no mundo, e através dessa percepção poderão agir criticamente em sua prática cotidiana, no seu desvelamento, podendo, assim, ocorrer mudanças da realidade.

É a educação que leva à formação da consciência crítica do educando. Vai além, pois reconhece que a realidade é dinâmica, sofrendo mutações a todo o momento, a cada reflexão crítica. Desse modo, quando utilizamos a ludoterapia no processo educativo do cliente diabético, o que pretendemos é oferecer uma proposta educativa criativa e motivadora que proporcione um convívio agradável e coletivo, e, ainda, promova a aceitação e o seguimento do tratamento.

No entanto, quando se fala de lúdico, o que vem à mente é que se trata de “coisa de criança”. Essa mentalidade de que o ludismo faz parte do mundo das crianças, segundo MANZOLLI (1987), é uma postura da sociedade ocidental. A autora ressalta, entretanto, que o ludismo é importante em todas as faixas etárias.

O ludismo na vida adulta *tem finalidade de levar o homem a equilibrar a sua vida, executando para tanto algo menos sério, mais alegre e livre de suas atividades* (Manzoli, 1987, p. 41).

A ludoterapia tem-se constituído na base do nosso trabalho educativo no Ambulatório de Endocrinologia, mas sua utilização vem ocorrendo sem nenhuma fundamentação teórica. O que nos motiva a utilizar essas atividades é o próprio relato dos clientes que participam dos grupos.

Eu gosto muito desse encontro. Pena que não tenha mais vezes. Quando a gente vem até esquece dos problemas.

Acho legal. Como não sei ler, muita coisa eu aprendi aqui através das brincadeiras. É bom porque a gente enterte, quando a pessoa não sabe ler fica fácil de entender.

Ao ingressar no Mestrado da Universidade Federal de Santa Catarina, pude conhecer várias teorias de Enfermagem. Optei por trabalhar com a *Teoria do Autocuidado*, de Dorothea Orem, e implementar alguns de seus conceitos no trabalho educativo que venho desenvolvendo no Ambulatório Borges da Costa da Universidade Federal de Minas Gerais.

Para isso, retornei ao Ambulatório para realizar a *Prática Assistencial*³, com os seguintes objetivos: detectar os déficits de autocuidado em clientes diabéticos, através de consultas de enfermagem e introduzir a ludoterapia no processo educativo desses clientes, a fim de trabalhar cada déficit encontrado. Esses objetivos foram alcançados durante a *Prática Assistencial* e serão abordados novamente no capítulo da metodologia.

No entanto, ainda achava necessário procurar entender como as dinâmicas lúdicas contribuíam no processo educativo desses clientes para o autocuidado. Dessa forma, permaneceu a questão: De que modo a ludoterapia pode contribuir para o processo educativo de autocuidado do cliente diabético?

3 O objetivo...

- Discutir a contribuição da ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado.

³ Disciplina Obrigatória (NFR 3127), na qual os alunos selecionam uma teoria de enfermagem ou de outra área de conhecimento e a implementam no cotidiano da prática de enfermagem, de acordo com sua experiência profissional.

No **segundo capítulo** apresento a Reflexão teórica acerca dos temas aqui abordados: o Diabetes Mellitus e a ludoterapia, o referencial teórico da *Teoria do Autocuidado* com seus conceitos e pressupostos; e os pressupostos pessoais. No **terceiro capítulo** desenvolvo a metodologia do trabalho. No **quarto capítulo** a discussão sobre a contribuição da ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado e no **quinto capítulo** faço as considerações finais.

Capítulo II

Revisão de Literatura

1 O Diabetes...

O Diabetes Mellitus afeta hoje cerca de 11 milhões de pessoas nos EUA. No Brasil, de acordo com o último censo realizado pelo Ministério da Saúde em 1996, detectou-se que 7,6% da população é diabética (Brasil, 1996). O diabetes é a principal causa de novas cegueiras (entre 25 e 74 anos de idade) e de amputações não traumáticas. Vinte e cinco por cento dos clientes em diálise têm diabetes (Smeltzer & Bare, 1993).

As taxas de hospitalização são 2,4 vezes maiores para adultos e 5,3 vezes maior para as crianças com diabetes do que para a população em geral. As complicações graves e que ameaçam a vida geralmente contribuem para o aumento das taxas de hospitalização dos clientes com diabetes. Sob o ponto de vista clínico e epidemiológico, mais do que em qualquer outra enfermidade, as influências culturais são muito importantes (Smeltzer & Bare, 1993).

O Diabetes é um grupo heterogêneo de distúrbios caracterizado por elevação do nível de glicose do sangue. Normalmente, há uma quantidade de glicose circulando no sangue, que resulta dos alimentos ingeridos e da formação pelo fígado. A insulina, hormônio pancreático, controla o nível de glicose no sangue, regulando sua produção e armazenamento (Zagury, 1987).

No Diabetes, pode haver uma diminuição da capacidade corpórea em responder à insulina e/ou diminuição ou ausência de insulina produzida pelo pâncreas. Isto leva a alterações do metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras. A hiperglicemia resultante pode levar a complicações metabólicas agudas, tais como cetoacidose diabética. A hiperglicemia a longo prazo pode contribuir para a ocorrência de complicações

complicações microvasculares crônicas e neuropáticas. O diabetes está relacionado também a um aumento de ocorrência de doenças macrovasculares, inclusive infarto do miocárdio, ataques e doença vascular periférica (Zagury, 1987).

Entre 5 e 10% das pessoas diabéticas têm diabetes tipo I, ou insulino dependente. Nessa forma de diabetes são produzidas quantidades inadequadas de insulina, resultando na necessidade de administração exógena. Geralmente tem início repentino, antes dos trinta anos de idade (Smeltzer & Bare, 1993).

Entre 90 e 95% das pessoas diabéticas têm diabetes do tipo II ou não insulino dependente, que resulta na diminuição na sensibilidade das células a insulina ou na diminuição da quantidade de insulina. É inicialmente tratado com dieta. Caso persista a hiperglicemia a dieta é suplementada com hipoglicemiantes orais. Caso estes não surtam efeito, as injeções de insulina serão necessárias. Ocorre geralmente nas pessoas com mais de 30 anos de idade e obesas. Em ambos os tipos de diabetes as complicações mencionadas podem ocorrer, e serão evitadas com uma dieta adequada, prática regular de exercícios físicos e uso correto da medicação indicada (Smeltzer & Bare, 1993).

O controle do diabetes exige utilização permanente de medicamentos e mudança de hábitos de vida. É por esse motivo que a pessoa diabética precisa de regras e cuidados, como a avaliação diária da glicosúria e cetonúria, a auto aplicação da insulina, a adequação da dieta, o reconhecimento dos sinais e sintomas das complicações agudas e crônicas e os cuidados com a pele e a cavidade bucal. O desconhecimento de informações adequadas ou a participação desmotivada do cliente geram complicações e acidentes terapêuticos (Zanetti, 1990).

A educação do cliente, familiarizando-o com a doença e tratamento, constitui uma técnica utilizada para prepará-lo para o autocuidado, motivando-o no seguimento terapêutico. O imperativo de que as atividades educativas sejam inerentes ao exercício profissional da(o) enfermeira(o) determina que se utilizem todas as potencialidades de educadora profissional.

Dessa forma, é que a(o) enfermeira(o) deve facilitar o aprendizado, selecionando métodos e técnicas de ensino que sejam mais adequados para atender às necessidades do cliente.

Nesta tentativa de buscar técnicas de ensino motivadoras e adequadas, temos utilizado atividades lúdicas, que, acreditamos, têm contribuído para a motivar o cliente no que se refere à sua adesão aos novos hábitos de vida impostos pelo tratamento. Essa prática vem sendo utilizada em todas as faixas etárias de clientes, jovens, adultos e idosos.

2 A Ludoterapia...

A filosofia acredita que todas as pessoas têm dentro de si o ludismo. Huizinga (1996) defende que a expressão *Homo Ludens* merece lugar em nossa nomenclatura tanto quanto *Homo Sapiens*.

Há uma extraordinária divergência entre as numerosas tentativas de definição da função biológica do jogo. Umas definem as origens e os fundamentos do jogo em termos de descarga de energia vital, outras como satisfação de um certo instinto de imitação, outras simplesmente como uma necessidade de distensão. O jogo constitui uma preparação do jovem para as tarefas sérias da vida. Também, trata-se de exercício de autocontrole indispensável ao indivíduo. Outros vêm o exercício do jogo como um impulso inato para exercer uma certa faculdade. Teorias há ainda que consideram o jogo como um escape para impulsos prejudiciais, como um restaurador da energia dispendida por uma atividade unilateral, como “realização de desejo” ou, ainda, como ficção destinada a preservar o sentimento do valor pessoal (Huizinga, 1996).

Há um elemento comum em todas essas hipóteses: elas partem do pressuposto de que o jogo se acha ligado a alguma coisa que não seja o próprio jogo e de que nele deve haver alguma espécie de finalidade biológica. Todas elas se interrogam sobre o porquê dos jogos e seus objetivos. As diversas respostas tendem mais a se completar do que a excluir uma ou outra. Seria perfeitamente possível aceitar praticamente todas as hipóteses sem que

isso resultasse numa grande confusão de pensamento, mas nem por isso estaríamos próximos de uma verdadeira compreensão do conceito do jogo (Huizinga, 1996).

Huizinga (1996) relata que a maioria desses estudos tem se preocupado apenas superficialmente com o jogo, não conseguindo revelar o que o jogo é em si mesmo e o que significa para os jogadores. Aborda diretamente o jogo, utilizando-se de métodos quantitativos das ciências experimentais. O autor coloca em questão: O que há de realmente divertido no jogo? Por que motivo quem está jogando deixa-se absorver inteiramente por uma paixão?

É na intensidade de sua prática e no seu poder de fascinação que reside a essência do jogo. O divertimento do jogo resiste a toda análise e interpretação lógica, e é precisamente esse divertimento que define sua essência (Huizinga, 1996). É preciso ressaltar, no entanto, que por finalidade biológica entende-se o jogo como necessidade de entretenimento, e assim é algo terapêutico, e não compulsão, como acontece com alguns jogadores que perdem a própria razão quando estão jogando.

Para a psicologia, a ludoterapia é baseada no fato de que o jogo é meio natural de auto-expressão das pessoas. É uma oportunidade dada a elas de libertar seus sentimentos e problemas através do brincar, da mesma forma que em certas formas de terapia as pessoas resolvem suas dificuldades falando. (Axline, 1972).

A ludoterapia apóia-se na teoria da estrutura da personalidade, que admite que cada indivíduo possui dentro de si uma força poderosa a impulsionar continuamente para a auto-realização. Essa força pode ser caracterizada como uma corrida para a maturidade, independência e autodireção. Tal corrida vai alcançar a consumação, mas necessita de “um bom terreno” para que desenvolva uma estrutura bem equilibrada. Para atingir satisfação direta desse impulso de crescimento, a pessoa necessita de permissividade para ser ele mesmo e da completa aceitação de si, tanto por ele mesmo quanto pelos outros, e atingir a dignidade, direito nato de todo o ser humano (Axline, 1972).

A autora descreve que a ludoterapia pode ser *diretiva*, quando o orientador assume a responsabilidade de orientação e interpretação; ou *não diretiva*, quando a responsabilidade e direção são deixadas às pessoas.

No caso da criança, por exemplo, o lúdico, mais do que outra atividade, faz com que ela aprenda a manipular e a controlar seus objetos. Lida com problemas psicológicos, quando desempenha nos brinquedos as dificuldades que encontrou na realidade e aprende sobre relações sociais, quando começa a entender que deve ajustar-se aos outros se quiser compartilhar de seus brinquedos (Barbanti, 1989).

Rosamilha (1980) ressalta a atividade lúdica como uma necessidade humana e como promotora de saúde, capaz de levar a pessoa a realizar-se como ser individual e social e a integrar tal vivência na própria personalidade.

Como ser individual, o homem tem necessidade de experiências de vida natural, livre e alegre; de relaxamento e afrouxamento da tensão; de ação espontânea e criativa; e de aventura e jogo, como forma de liberação da fantasia e da imaginação. Como ser social, de associação fácil, não demasiado escrita ou formal, para integrar novos grupos; de uma forma especial de amizade e de relação com vínculos; de associações “gozosas”, isto é de vínculos através de experiências comuns. (Rosamilha, 1980).

Embora a atividade lúdica não tenha sido suficientemente caracterizada, constitui elemento que favorece a saúde e está ligada a religiões, mitos, ritos, enfim à cultura dos povos (Manzoli, 1987).

As atividades lúdicas estão relacionadas também a valores e atitudes existentes em determinadas culturas. Geralmente, tais valores e atitudes estão camuflados e cobertos no geral, aparecendo abertamente nos jogos e nos brinquedos (Rosamilha, 1980).

Rosamilha (1980) destaca a importância de os educadores valorizarem a atividade lúdica e de incrementarem-na mais freqüentemente junto ao ser humano. Ela propõe que na aprendizagem do aluno a escola utilize essa atividade, porque o aprender brincando é muito mais coerente do que o aprender sob tensão.

É importante refletir ainda sobre dois aspectos: primeiro, a riqueza do ensinar através da atividade lúdica, ignorada ou relegada a último plano pela escola e demais entidades sociais, entre elas o próprio pessoal da saúde. Segundo, a escolha da atividade. Em se tratando de crianças, os adultos, em vez de pesquisarem o mundo delas e suas necessidades, percebem-nas com seus próprios olhos, fazendo com que a escolha seja deles, e não das crianças. Da mesma forma, para a escolha das atividades de adultos e velhos, é necessário que haja adequação do material lúdico a seus usuários e que seja considerado pela(o) enfermeira(o) no caso, como um veículo de aprendizagem além de descontração e alívio da ansiedade (Manzoli, 1987).

A atividade lúdica é importante na vida do indivíduo mas é preciso que se respeitem, ao se planejá-la, os fatores individuais, sociais e culturais, bem como o nível sócioeconômico (Manzoli, 1987) e outras variáveis, como a faixa etária dos participantes e o nível de escolaridade.

A maioria das atividades realizadas pelas crianças e adolescentes é marcada por certo estilo e espírito juvenil. Na infância e, em menor escala na adolescência, a recreação não constitui um requisito tão forte como na vida adulta, porque na vida dos mesmos, na maioria das vezes, a presença do lúdico é constante. Na vida adulta, as atividades lúdicas proporcionam à pessoa a oportunidade de ser espontânea e natural, sem planejar ou premeditar (Manzoli, 1987).

Numa revisão bibliográfica, encontrei estudos que fazem referência à utilização de atividades lúdicas com crianças, adolescentes e adultos nas áreas da psicologia, educação e saúde. Na área da psicologia, Barbanti (1989) fala da importância do brinquedo no desenvolvimento infantil do ponto de vista funcional, psicossocial e social. Em seu estudo, ele conclui que o brinquedo estimula o desenvolvimento físico e cognitivo da criança, bem como estimula as suas relações sociais com outras crianças. Alguns trabalhos citam ainda a utilização de atividades lúdicas com deficientes mentais com o intuito de promover desenvolvimento mental (Broekgaardem, 1985; Kim, 1989).

BOMTEMPO (1989) e FRIEDMANN (1992) ressaltam a importância da brinquedoteca para crianças na escola e Jalhn (1992) utiliza a dramatização na educação do pré escolar como forma de propiciar o desenvolvimento psicossocial da criança.

Na educação, há estudos sobre a ludoterapia no processo de correção de déficits gramaticais na criança (Brooks e Benjamin, 1989; Ritter e Fokes, 1985). PAPY (1988) utilizou jogos educativos para o ensino de matemática em escolas de primeiro grau, encontrando resultados positivos ao perceber que as crianças tinham maior facilidade de aprendizado quando se utilizava o jogo.

Na saúde, LINDQUIST (1993) analisa a importância da ludoterapia para crianças hospitalizadas e apresenta os tipos de brinquedos e sua utilização, de acordo com a idade da criança e a doença.

O poder do humor e dos jogos como intervenções de enfermagem em crianças com câncer é relatado por FRANKENFIELD (1996), que concluiu em seu trabalho que as atividades lúdicas tornavam menos traumáticas as sessões de quimioterapia, bem como ocupava o tempo da criança amenizando a doença e a hospitalização. Há, ainda, relato sobre a ludoterapia como fator promotor de recuperação em crianças sexualmente traumatizadas, as quais expressavam através do brinquedo sentimentos que muitas vezes não conseguiam verbalizar (Kelly, 1995).

WORTHY (1994) menciona a utilização de salas de jogos como intervenções de enfermagem em grupos de adolescentes e THOMPSON (1995) documenta o valor dos jogos para crianças hospitalizadas.

Com clientes adultos, encontrei o trabalho de DYTZ (1995) que relata as premissas e os resultados obtidos na primeira fase de um projeto comunitário da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília. A finalidade era desenvolver uma nova abordagem de educação em saúde, baseada na utilização de instrumentos e técnicas de ensino lúdicas. Dessa forma, os alunos da graduação em enfermagem promoviam educação para a saúde junto à comunidade utilizando técnicas lúdicas, através das quais abordavam assuntos como a verminose e doenças sexualmente transmissíveis.

A ludoterapia é definida neste trabalho, como qualquer atividade (jogos ou brincadeiras) que estimule a auto-expressão e participação ativa dos integrantes, que promova relaxamento das tensões e, ainda, que proporcione entretenimento e reconhecimento de si mesmo.

Como a aprendizagem, no caso do cliente diabético, é fator fundamental para a promoção do autocuidado e, conseqüentemente, para a promoção de sua saúde, a atividade lúdica aqui deve ser parte da terapia, e por isso ludoterapia. A seguir, apresento a *Teoria do Autocuidado* uma vez que a ludoterapia utilizada neste trabalho foi com o intuito de trabalhar déficits de autocuidado de clientes diabéticos.

3 A Teoria do Autocuidado

No passado, a enfermagem utilizou-se de teorias de diversas ciências biopsicossociais. Somente nas últimas décadas os enfermeiros evidenciaram esforços no sentido de identificar um corpo próprio de conhecimentos para servir de base à sua prática. Grandes avanços foram obtidos recentemente no que se refere à construção de teorias de enfermagem, e várias delas têm sido utilizadas. Neste trabalho utilizei alguns conceitos da *Teoria do Autocuidado*, de Dorothea Elizabeth Orem, como uma das bases teóricas

O conceito de autocuidado de Orem como provimento de autocuidado foi publicado pela primeira vez em 1959. Em 1965, ela se reuniu com vários catedráticos da Catholic University of America para formar o *Comitê Modelo de Enfermagem* (Nursing Model Committee). Em 1968, um setor deste comitê continuou seu trabalho, formando o *Grupo de Conferências para o Desenvolvimento da Enfermagem*. Seus resultados estão publicados no "Concept Formalization in Nursing: Process and Product", em 1973 e 1979.

Posteriormente, Orem desenvolveu seu conceito de autocuidado e, em 1971, publicou "Nursing: Concepts of Practice". A segunda e a terceira edição foram publicadas em 1980 e 1985, respectivamente.

A primeira edição centralizou seu foco no indivíduo; a segunda ampliou para famílias, grupos e comunidades, a terceira desenvolveu-se para apresentar a *Teoria Geral*

de Enfermagem de Orem, que é formada por três construtos teóricos: *Teoria do Autocuidado*, *Teoria das Deficiências do Autocuidado* e a *Teoria dos Sistemas de Enfermagem*; e a quarta, publicada em 1991, com o título “Nursing: Concepts of Practice”, traz como enfoque a busca de características concretas na prática da Enfermagem e suas limitações (Foster & Janssens apud George, 1993).

Autocuidado é conceituado por Orem (1985 p.84) como *a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar*. Para ela, este conceito consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando ela atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente e eficaz. O autocuidado consiste em uma contribuição contínua do adulto para a manutenção da sua existência, saúde e bem estar. É uma ação que possui propósito, padrão e seqüência, a qual, quando efetivamente desempenhada, contribui de maneira específica para a integridade estrutural e funcional do ser humano, assim como para seu desenvolvimento.

Para OREM (1985), autocuidado é empenho humano, comportamento aprendido que possui características de ação deliberada. É produzido à medida que as pessoas se envolvem na ação de cuidar de si próprios, para regular seu próprio funcionamento e desenvolvimento interno, influenciando fatores internos e externos. Ela divide os requisitos de autocuidado em universais, desenvolvimentais e desvios de saúde.

Os requisitos de autocuidado universais são comuns a todos os seres humanos durante os estágios do ciclo vital, ajustados à idade, estado de desenvolvimento, fatores ambientais e outros fatores (Orem, 1985).

Os requisitos de autocuidado relativos ao desenvolvimento dos indivíduos estão associados com processos desenvolvimentais humanos e com condições e eventos que ocorram durante vários estágios do ciclo vital (por exemplo, gestação, nascimento de um filho, lactação) e eventos que possam afetar adversamente o desenvolvimento. (Orem, 1985).

Os requisitos de autocuidado relativos aos desvios de saúde estão associados aos efeitos genéticos e constitucionais, e aos desvios estruturais e funcionais humanos, com os seus efeitos e com medidas de diagnóstico e tratamento médico (Orem, 1985).

Autocuidado do cliente diabético refere-se à prática de ações que estes clientes, deliberada, responsável e eficazmente iniciam e executam por si, para si mesmos, para manter a vida, a saúde e o bem-estar, e para promover e manter a qualidade de vida.

Nesta situação, em que o cliente passa por adaptações, como o uso diário de medicação, aplicação diária de insulina e restrições alimentares, torna-se necessário, além das ações de autocuidado universais (oxigenação, hidratação, eliminação e excreção, equilíbrio entre atividade e repouso, recolhimento e interação social, e prevenção de ameaças à vida, ao funcionamento e desenvolvimento dentro de grupos sociais), efetivar ações específicas de autocuidado relativas ao desvio de saúde presente neste momento. A figura 1 mostra uma ação de autocuidado que se tornou necessária pelo aparecimento do diabetes: a autoaplicação de insulina. Essa e outras ações devem ser estimuladas, a fim de tornar o cliente diabético o mais independente possível.



Figura 1- Autoaplicação de insulina: uma das ações de autocuidado estimuladas durante o atendimento aos clientes diabéticos

A demanda terapêutica do autocuidado consiste na “totalidade das ações de autocuidado requeridas pelo indivíduo em determinado período de modo a satisfazer os requisitos de autocuidado” (Orem, 1985). De acordo com OREM (1985), a demanda terapêutica de autocuidado só poderá ser conhecida se for calculada. Esse cálculo envolve um conjunto de operações que vão desde a particularização de cada requisito de autocuidado (universal, desenvolvimental e de desvio de saúde) até a formulação de um plano total para o desenvolvimento de ações de autocuidado.

A demanda terapêutica do autocuidado, portanto, constitui, em essência, a prescrição de ações contínuas de autocuidado, através do qual os requisitos de autocuidado identificados podem ser satisfeitos dentro de certo grau de efetividade (Orem, 1985).

A demanda terapêutica de autocuidado do cliente diabético refere-se à totalidade das ações a serem desempenhadas durante o processo de adaptação à doença de modo a satisfazer seus requisitos de autocuidado. Essas ações podem estar voltadas à promoção da auto-aplicação de insulina, à adequação da dieta às atuais necessidades e incentivo à atividade física, através da utilização de medidas adequadas de incentivo a estas práticas, e à prevenção, recuperação e reabilitação das alterações ocorridas durante o diabetes, as quais serão desempenhadas com o propósito de satisfazer os requisitos de autocuidado que são comuns a todos os indivíduos e os requisitos de autocuidado referentes aos desvios de saúde.

A competência do indivíduo para o autocuidado é a terminologia utilizada para referir-se ao *poder, competência ou potencial para o autocuidado (...), é um símbolo para uma característica humana, uma capacidade para uma forma de ação que começa a se desenvolver na infância, atinge um grau de perfeição como adulto e declina com o avançar da idade. A mesma é usada no sentido de um meio (um instrumento), para exercer poder, uma habilidade* (Orem, 1985).

Tal habilidade é complexa e *adquirida para satisfazer as necessidades continuadas de uma pessoa no que toca ao cuidado que regula os processos da vida, mantém ou promove o bem estar*. Desenvolve-se no transcurso da vida, dia a dia, através de um processo espontâneo de aprendizagem. Seu desenvolvimento pode ser estimulado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros e pela experiência adquirida na execução de medidas de autocuidado (Orem, 1985).

Ainda segundo OREM (1985), a competência para o autocuidado pode variar de acordo com o desenvolvimento do indivíduo da infância à velhice, o estado de saúde, os fatores que influenciam a educabilidade e as experiências de vida, segundo sua condição de capacitar a aprendizagem, as exposições a influências culturais e a utilização de recursos no viver diário.

A competência é concebida por OREM (1985) como possuindo forma e conteúdo. Em relação à forma, compreende um conjunto de componentes ou habilidades que conduzem a uma ação deliberada: habilidade para (a) atender a coisas específicas

(incluindo a habilidade de excluir outras coisas) e compreender suas características e seus significados; (b) compreender a necessidade de modificar ou regular as coisas observadas; (c) adquirir conhecimento sobre os cursos de ação apropriados para esta regulação; (d) decidir o que fazer; e (e) agir para obter a mudança ou regulação. Essas habilidades são descritas em termos de desenvolvimento, operacionalidade e adequabilidade.

O desenvolvimento e a operacionalidade referem-se aos tipos de operações de autocuidado que os indivíduos podem, consistentemente e efetivamente, desempenhar, as quais podem ser afetadas por fatores genéticos e constitucionais, bem como pela cultura, pela experiência de vida e pelo estado de saúde. A adequabilidade, por sua vez, refere-se à relação entre a qualidade (tipo) e a quantidade de operações com as quais as pessoas são capazes de se envolver em relação as operações requeridas para satisfazer os requisitos terapêuticos de autocuidado existentes ou projetados. A determinação da adequabilidade da competência para o autocuidado é fundamental para que se possa identificar a presença ou ausência de déficits de autocuidado (Orem, 1985).

No caso do cliente diabético, a competência para o autocuidado refere-se ao poder, à capacidade ou ao potencial que o mesmo possui para se engajar em operações de autocuidado, a fim de satisfazer suas necessidades continuadas de autocuidado, de forma a regular seus processos de vida, a manter ou promover sua estrutura, seu funcionamento e desenvolvimento como ser humano integral e a promover seu bem-estar. Este poder pode ser influenciado por idade, educabilidade, estado de saúde, valores culturais e experiências que possui em relação ao diabetes, sua motivação, assim como por seu padrão individual para responder a estímulos internos e externos, na utilização de recursos na prática do seu dia-a-dia. Quando o cliente não possui essa competência para autocuidar-se, a família ou a enfermagem atuará no sentido de promover as ações de autocuidado.

No presente estudo, esta capacidade é representada por um conjunto de componentes físicos, cognitivos, afetivos e ambientais, os quais, embora categorizados distintivamente, apresentam-se articulados de forma dinâmica, interdependente e inter-relacionada. Os componentes físicos estão relacionados à capacidade física do cliente

diabético para engajar-se nas operações de autocuidado. Por exemplo: destreza manual para realizar auto-aplicação de insulina, acuidade visual para medir a quantidade indicada.

Os componentes cognitivos estão relacionados com a capacidade intelectual do cliente para identificar a demanda terapêutica do autocuidado, buscar recursos, julgar e decidir sobre o curso da ação a ser seguido para o atendimento dos requisitos de autocuidado, sejam eles universais, desenvolvimentais ou de desvios de saúde. Os mesmos incluem: capacidade para memorizar e manter atenção, capacidade para julgar certas situações e capacidade para agir com base em julgamentos anteriores como por exemplo numa situação de hipoglicemia ou hiperglicemia.

Os componentes afetivos estão relacionados com os aspectos motivacionais do mesmo. Tais componentes incluem: auto-estima, autovalorização, autoconhecimento, controle emocional e aceitação da doença.

Os componentes ambientais constituem todos os ambientes em que este cliente circula e convive como a própria casa, o local de trabalho, as dependências do ambulatório que freqüente. Todos esses espaços devem oferecer ao cliente uma sensação de conforto e bem estar para que ele possa conviver bem com o seu diabetes dentro deste meio ambiente descrito.

3.1 PRESSUPOSTOS DA TEORIA DO AUTOCUIDADO

- O autocuidado é uma necessidade universal dos seres humanos.
- O autocuidado é uma ação deliberada, que possui propósito, padrão e seqüência e que busca metas e resultados;
- As atividades de autocuidado são aprendidas de acordo com as crenças, hábitos e práticas que caracterizam o estilo de vida cultural do grupo ao qual o indivíduo pertence.
- As maneiras de encontrar as necessidades de autocuidado (processos, tecnologias e práticas de autocuidado) são elementos culturais que variam com os indivíduos e os grupos sociais maiores.

- Os fatores individualizados de saúde, idade, estágio de desenvolvimento, conhecimento e habilidades, valores e metas, motivação e o padrão estabelecido para responder a estímulos internos e externos influenciam as decisões e ações ao autocuidado.
- Fatores como ambiente, hereditariedade, conhecimento sobre saúde, valores, atividades e crenças influem na saúde do indivíduo.
- A enfermagem é um serviço de ajuda (Orem, 1985).

3.2 PRESSUPOSTOS PESSOAIS

- O autocuidado em diabetes é um comportamento que implica o papel ativo do cliente.
- As maneiras de satisfazer as necessidades de autocuidado em diabetes constituem em elementos sócio culturais e variam de pessoa para pessoa.
- A Ludoterapia é baseada na teoria da estrutura da personalidade, que admite que cada indivíduo possui dentro de si uma força poderosa que luta continuamente para a auto-realização, e um indivíduo realizado busca continuamente atender suas necessidades, e por isso cuida de si.
- Os hábitos de vida de um indivíduo desaparecem quando o indivíduo não sente mais a falta deles ou quando um tipo mais satisfatório de comportamento é encontrado, e este último pode ser mostrado através das atividades lúdicas (Axline, 1972).
- As atividades lúdicas representam um meio eficaz para se trabalhar os déficits de autocuidado de um cliente diabético.

Selecionei alguns conceitos chaves desse referencial teórico que apliquei durante esse estudo.

O **ser humano**, na concepção de Orem, é *uma unidade funcionando biologicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema* (Orem, 1971, p.14).

OREM (1985) acredita que o ser humano é um ser que tem necessidade de autocuidado, é responsável e possui habilidades (capacidades) para cuidar de si mesmo e de seus dependentes. Na discussão sobre a natureza do ser humano, OREM (1985, p. 174) acrescenta ainda que o mesmo se distingue de outros seres vivos pela capacidade de refletir sobre si mesmo e seu ambiente, simbolizar suas experiências e usar criações simbólicas (idéias, palavras), através do pensamento, da comunicação e da ação, em seu próprio benefício ou de outros.

Aprofundando neste conceito, parece banal dizer que a pessoa se molda socialmente. O ambiente social, o meio familiar, o convívio com certos grupos, tudo isso influi pesadamente na formação do indivíduo. Não existe indivíduo isolado, a não ser sob formas de patologias sociais, e assim viver é quase somente conviver (Demo, 1985).

Esse condicionamento social do indivíduo é menor quando se dá no nível do simples convívio, mas será mais forte quando se apresentar como processo de educação, por tratar-se de um convívio orientado. A influência mais forte será aquela de estilo cultural, porque adquire a força de traço identificador do grupo. Cultura significa as maneiras de ser, querer e produzir que traduzem a identidade histórica da comunidade, fazendo-a diferente das outras e encerrando suas típicas potencialidades (Demo, 1985).

No entanto, o condicionamento social não pode explicar tudo. Seria excessivo afirmar que a pessoa é precisamente o meio social que vive. Assim, podemos ter uma pessoa que viva com toxicômanos sem o ser. Ou seja, o meio social influenciará a pessoa, mas não deve ser considerado como único determinante, pois existem fatores referentes à individualidade (Demo, 1985).

Neste estudo, o ser humano focalizado é o cliente diabético, o qual vive em uma sociedade da qual pode receber condicionamentos culturais e sociais. No entanto, é capaz de refletir, expressar suas idéias e opiniões, fazer escolhas e criar. Este ser, através da consciência e da razão, mantém íntima relação com seu meio ambiente, formando, juntos, um todo integrado. Cada ser tem uma vida que se distingue das outras nos aspectos biológico, psicológico, cultural e social, e por esse motivo a individualidade precisa ser respeitada.

O cliente diabético precisa ser visualizado como um ser que num determinado momento da vida se vê portador de uma doença na qual, sob o ponto de vista biológico, deixa de produzir ou produz insuficientemente a insulina ou ainda, produz insulina em quantidade suficiente mas de ação ineficaz. Neste caso, a insulina, enzima que carrega a glicose sangüínea para as células dos tecidos, não exercerá sua função o que acarretará no aumento de glicose na corrente sangüínea e inúmeras outras complicações, questão que não merecerá aqui citação. Esse fator biológico citado é capaz de influenciar o indivíduo no seu todo físico, psicológico, cultural e social.

Apesar de cada um ter a sua individualidade, é preciso lembrar que o condicionamento social é importante, e dessa forma o convívio destes seres através de uma ação educativa poderá promover influências positivas no que se refere ao autocuidado. Ainda há que se lembrar que cada um desses indivíduos necessita desenvolver ações de autocuidado para manter a vida, a saúde e o bem-estar.

Para a teoria o ser humano e **meio ambiente** estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao autocuidado. Dentro dessa teoria, meio ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas ambientais e pelo impacto que uma exerce sobre a outra. As alterações ou influências em qualquer um dos componentes do sistema (ser humano/meio ambiente) podem afetar o funcionamento do indivíduo no desempenho das atividades de autocuidado (Orem, 1971, 1985).

O meio ambiente é controlado pelo ser humano através da utilização de tecnologias, a fim de satisfazer suas necessidades. Cabe ao ser humano, portanto, escolher o curso de ação que ele julga ser benéfico para o seu próprio funcionamento e promover a integração com o meio ambiente (Orem, 1971).

Para a situação específica da assistência de enfermagem ao cliente diabético, o meio ambiente refere-se ao conjunto de elementos que constituem o meio físico e geográfico, e o contexto sociocultural no qual esta pessoa está inserida.

O contexto sociocultural é representado pelo conjunto de sistemas social, cultural, econômico, político e religioso em um dado momento histórico e em determinada

sociedade. Assim, o meio físico e geográfico do cliente diabético compreende todos os espaços físicos possíveis de serem ocupados pelo mesmo num determinado período, ou seja, dependências físicas do ambulatório e locais onde reside ou trabalhe. O contexto sócio-cultural do cliente diabético inclui todos os elementos dos sistemas que integram o seu circuito de relações sociais nas suas várias dimensões, ou seja: a família, os amigos, os vizinhos, as instituições e os profissionais de saúde, a sociedade da qual faz parte, dentre outros.

O conceito de **sociedade** é explicado por OREM (1971) como o mesmo de comunidade, ou seja, um grupo de pessoas que vivem juntas numa mesma área, cidade ou distrito sob as mesmas leis. Este grupo, segundo Orem, constituído de famílias, compartilham não somente uma área e ambientes comuns, mas também interesses comuns nas instituições que governam e regulam seus processos de vida. A teoria acrescenta ainda que as comunidades variam de tamanho e características, dependendo da localização geográfica e climática, do desenvolvimento industrial e das oportunidades de trabalho e ocupação. Certas características, como costumes, regimes e formas de comportamento poderão também variar da comunidade de seus membros (Orem, 1971).

Para OREM (1985), as sociedades especificam as condições que as fazem legítimas para seus membros procurem vários serviços humanos necessários às atividades de autocuidado.

Em relação à força e à eficácia da enfermagem como um serviço na comunidade, OREM (1985) acredita que depende dos valores da comunidade. Entre os deveres sociais dos enfermeiros, enfatiza que os mesmos focalizam-se na manutenção do autocuidado.

Ampliando o conceito de sociedade para além de comunidade, é necessário dizer que sociedade é algo muito mais complexo. A sociedade supõe padrões mínimos de convivência possível, ou seja, um mínimo de organização. Organizando-se em sociedades, as pessoas produzem estruturas que buscam resistir ao tempo, a que podemos dar o nome de *instituições*. Não se trata apenas de formações físicas ou que tenham também aparência física. A instituição da família apresenta normalmente quatro paredes, algo físico, dentro das quais se reproduz. A universidade, igualmente, precisa estar num lugar geográfico

determinado e alojar-se em prédios. Todavia, o machismo também é uma instituição, sem contudo necessitar de uma instalação física específica. Superstições, por outro lado, igualmente o são e encontram-se somente nas cabeças das pessoas. O importante é captar que a organização da sociedade se materializa em instituições com base física ou se coagula em instituições de estilo cultural e não material, assumindo a dimensão da permanência no tempo (Demo, 1985).

Não posso também falar de sociedade sem falar da questão da desigualdade social. Para Demo (1985), a desigualdade social, embora entendida como componente estrutural, é vista como um dos motores da história, aquilo que a conserva inacabada e inacabável, porque não se trata de algo a ser reconhecido com vistas apenas a manter, mas de algo a ser reconhecido, visando sobretudo a combater (Demo, 1985).

Os condicionamentos históricos da desigualdade social variam. No capitalismo, estão marcados principalmente pela posse da riqueza econômica pelos donos dos meios de produção e pela carência dos destituídos. Em sociedades primitivas, porém, encontramos dominação de homens sobre mulheres. Dessa forma, na base da desigualdade está o problema da dominação, geralmente de um grupo minoritário que detém o poder sobre um grupo majoritário que se submete a ele. Por dominação entende-se não somente o seu aspecto opressor mas também a presença de relacionamentos sociais desiguais (Demo, 1985).

É esta dominação que não pode se repetir no processo educativo seja na escola seja nas instituições de saúde, pois em grande parte das nossas instituições de saúde encontramos relacionamentos desiguais entre profissionais e clientes. De um lado estão os profissionais que tiveram acesso à educação, que têm emprego e que fazem todas as refeições; de outro estão os clientes que têm baixa escolaridade, que dispõem de subemprego e que, muitas vezes, não têm o que comer.

O Diabetes, longe de se constituir em um fenômeno puramente biológico, circunscreve-se em um esquema amplo de representações. Isto implica que sua prática, sendo cultural e socialmente determinada, está revestida de crenças, costumes, valores e tradições que caracterizam uma sociedade na qual o cliente diabético está inserido. Para

obter êxito em suas ações para a promoção e manutenção do autocuidado, a(o) enfermeira(o) deverá considerar os valores do cliente e da sociedade a qual pertence, uma vez que estes vão influenciar as ações de autocuidado no diabetes.

De acordo com OREM (1985, p.55), a condição que justifica a existência da **enfermagem** para o indivíduo adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente aquela quantidade e aquela qualidade de autocuidado que é terapêutica na manutenção da vida e da saúde, na recuperação da doença ou dano e na maneira de enfrentar seus efeitos. Para a criança, a condição de existência da enfermagem decorre da inabilidade dos pais e responsáveis em manter continuamente para a criança aquela quantidade e aquela qualidade de cuidado que é terapêutica.

Segundo a visão da teoria, a enfermagem é *serviço, arte e tecnologia*. Como serviço, a enfermagem refere-se à maneira de ajudar os seres humanos através do desempenho de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pela(o) enfermeira(o) para ajudar indivíduos e grupos sob seus cuidados a manter ou mudar as condições em si mesmos ou em seus ambientes. Essas ações podem ser desempenhadas pelos próprios indivíduos sob orientação da(o) enfermeira(o) quando a pessoa tem limitações que não podem ser imediatamente suplantadas. Essa forma de relação de ajuda enfermeira(o)/cliente é contratual.

Como arte, “a enfermagem consiste na habilidade em assistir outros no planejamento, provisão e gerência dos sistemas de autocuidado para desenvolver ou manter o funcionamento humano num certo nível de efetividade” (Orem, 1971, p. 69).

Como tecnologia, a enfermagem refere-se ao conjunto de informações sistematizadas sobre o processo ou método para a obtenção de resultados através do desempenho prático deliberado com ou sem uso de materiais e instrumentos (Orem, 1971, p. 3). De acordo com a teoria, as enfermeiras podem utilizar diferentes tipos de tecnologias, as quais foram agrupadas em duas categorias diferentes: as tecnologias necessárias para as relações interpessoal e social; e as tecnologias reguladoras.

As tecnologias interpessoal e social são: (a) a comunicação ajustada de acordo com a idade e estado de desenvolvimento, o estado de saúde e a orientação sociocultural; (b) a coordenação de esforços através das relações interpessoais, intragrupo e intergrupo; (c) a relação terapêutica como a maneira psicossocial de funcionar na saúde e doença; e (d) a assistência humana adaptada às necessidades humanas, habilidades para a ação e limitações.

As tecnologias reguladoras incluem: (a) a manutenção e promoção dos processos vitais; (b) a regulação dos modos psicofísicos de funcionamento na saúde e na doença; (c) a promoção do funcionamento e desenvolvimento humano; e (d) regulação da posição e movimento no espaço (Orem, 1985, p. 146).

É importante considerar ainda que o cuidado de enfermagem na forma como concebe Orem pode ser contínuo ou periódico, e possui tanto as dimensões de saúde como de doença, isto é, inclui o atendimento primário, secundário e terciário de saúde.

No atendimento ao cliente diabético, a enfermagem é útil quando este apresenta déficit para manter continuamente a quantidade e qualidade de autocuidado para a promoção e manutenção das atividades terapêuticas propostas. Nesta visão, a enfermagem será visualizada como serviço, arte e tecnologia.

Como serviço, a enfermagem atua ajudando os clientes diabéticos a manter as atividades diárias no que se refere a alimentação, atividade física e uso da medicação. Os objetivos a serem alcançados devem ficar claros tanto para a(o) enfermeira(o) como para o cliente, e isto deverá ser facilitado mediante uma relação contratual em que ambos se comprometem a trabalhar juntos.

Como arte, a enfermagem atua através da habilidade apresentada pela (o) enfermeira (o) em assistir o(a) cliente diabético(a) através de ações de planejamento, provisão e gerenciamento dos sistemas de autocuidado.

Como tecnologia, a enfermagem atua através das informações sistematizadas que são dadas aos(às) clientes, como: importância da alimentação hipocalórica e sem açúcares

simples na dieta; vantagens da atividade física para diminuição da glicemia; cuidados gerais com o corpo; reconhecimento dos sinais e sintomas de hipo e hiperglicemia, bem como, atitudes a serem tomadas nesses casos; causas e conseqüências do diabetes; e como evitar complicações, dentre outras informações. Isto requer da(o) enfermeira(o) uma série de habilidades interpessoais para que se estabeleça uma relação de confiança entre ela (ele) e o(a) cliente. Destacam-se aqui a motivação da(o) enfermeira(o) em estimular essas práticas citadas e o selecionamento de técnicas adequadas que estimulem a motivação dos participantes.

A **saúde** é descrita por Orem (1985 p.173) como *um estado de totalidade ou integralidade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento.*

Ainda segundo OREM (1985), o conceito de saúde implica também integridade estrutural e funcional do ser humano, dirigindo-se a níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Saúde, portanto, consiste na capacidade do ser humano de viver seu potencial máximo.

O conceito de saúde para os clientes diabéticos significa também a compreensão de suas possibilidades e limitações em conviver com o diabetes, em encontrar uma forma saudável de viver amplamente na sociedade e de estabelecer atitudes entendendo que o fato de não comer doces não significa ser infeliz mas, sim, uma opção para o possível.

Para a situação concreta do cliente diabético, ter saúde consiste em alcançar e manter um estado de totalidade e integridade enquanto ser humano, atingindo níveis cada vez mais altos de integração entre mecanismos biológicos, psicológicos, interpessoais e sociais. Este estado pode ser alcançado através de ações efetivas de autocuidado.

Passo, a seguir, a descrever a metodologia deste trabalho, segundo a qual os conceitos apresentados puderam ser implementados.

Capítulo III

Metodologia

Este estudo consistiu numa pesquisa de campo convergente assistencial. De acordo com TRENTINI e PAIM (1999), a pesquisa convergente assistencial é aquela que mantém durante todo o seu processo uma estreita relação com a situação social, com a intencionalidade de encontrar soluções para problemas, realizar mudança e introduzir inovações na situação social, estando dessa forma comprometida com a melhoria do contexto social do pesquisador. Para isso o pesquisador envolve os sujeitos pesquisados ativamente no processo. Esse tipo de pesquisa articula a prática profissional com o conhecimento teórico e os pesquisadores formulam temas de pesquisa a partir das necessidades emergidas dos contextos da prática.

A pesquisa convergente assistencial procura descobrir realidades, e assim não objetiva generalizações. Dessa forma, é uma investigação que se propõe a refletir a prática assistencial a partir de fenômenos vivenciados no seu contexto. O cuidado cabe, então como parte do processo de pesquisa (Trentini e Paim, 1999).

Como a pesquisa convergente assistencial une, de acordo com Trentini e Paim (1999), o pensar e o fazer, ela constitui um método apropriado para pesquisar a prática assistencial de enfermagem. Dessa forma, este trabalho consistiu na pesquisa da prática assistencial que venho desenvolvendo, e para isso implementei alguns conceitos propostos por Orem, no sentido de detectar os déficits de autocuidado dos clientes diabéticos através de consultas de enfermagem, e implementei a ludoterapia no processo educativo dos clientes diabéticos como forma de trabalhar esses déficits e assim promover o autocuidado. Essas etapas, conforme descrito na introdução, foram realizadas durante a disciplina “Prática Assistencial”⁴. A partir dessa prática assistencial que envolveu a participação ativa dos sujeitos que fizeram parte da pesquisa, pude discutir, com base nos referenciais

⁴ Disciplina obrigatória do Mestrado que aconteceu no primeiro semestre de 1999.

apresentados, a contribuição da ludoterapia no processo educativo dos clientes diabéticos para o autocuidado. A seguir apresento a descrição do cenário da prática.

1 O Local

Este estudo foi realizado no Ambulatório de Endocrinologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Minas Gerais (HCUFGM). Este é um hospital escola, no qual os(as) alunos(as) dos cursos de graduação em Enfermagem, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Medicina e Psicologia realizam estágios curriculares e extracurriculares nas várias clínicas médicas e cirúrgicas que o compõe. O atendimento é feito no nível ambulatorial ou de internação. Dentre os ambulatórios que fazem parte do complexo do Hospital da Clínicas encontra-se o Ambulatório de Endocrinologia, que fica situado no segundo andar do Ambulatório Borges da Costa (ABC-HCUFGM, anexo do Hospital das Clínicas). Neste ambulatório, são atendidos clientes que possuem doenças do Sistema Endócrino, dentre eles, clientes diabéticos que foram o foco deste estudo.

O Ambulatório de Endocrinologia conta com uma estrutura física composta por:

- oito consultórios onde são realizadas as consultas médicas, de enfermagem, de fisioterapia, de psicologia e de nutrição numa periodicidade que será variável de acordo com a necessidade do cliente;
- dois grandes salões, sendo em um deles realizados os grupos coordenados pela(o) enfermeira(o) e no outro os exercícios de fisioterapia coordenados pela fisioterapeuta; e
- um almoxarifado.

Os profissionais que prestam atendimento ao cliente diabético são enfermeiras(os), médicos(as), fisioterapeuta, psicóloga e nutricionista. Trata-se de um trabalho interdisciplinar, no qual o cliente é encaminhado de um profissional para o outro, de acordo com a necessidade.

2 Os Clientes

A clientela do ambulatório é composta por pessoas que possuem problemas endócrinos. Neste estudo tratamos, apenas dos(as) clientes diabéticos(as) por ser esta a clientela alvo do programa em que trabalho. Essa clientela é constituída por diabéticos do tipo I, tipo II e Diabetes Gestacional, sendo cerca de 350 clientes cadastrados no programa de orientação para o autocuidado do diabético, assim distribuídos:

- três grupos de pessoas jovens com idade variando entre 16 a 30 anos. Cada grupo possui cerca de 14 clientes, prevalecendo nestes grupos o diabetes tipo I, que comparecem ao ambulatório para atendimento com a (o) enfermeira (o) numa periodicidade de três a quatro vezes ao ano;

- vinte e três grupos de pessoas acima de trinta anos. Cada grupo possui, em média, 14 clientes, prevalecendo o diabetes tipo II, que comparecem ao ambulatório para atendimento com a(o) enfermeira(o) numa periodicidade de três a quatro vezes ao ano; e

- um grupo de diabetes gestacional com clientes que ficaram diabéticas ou já eram portadoras do diabetes, prevalecendo clientes não diabéticas mas que se tornaram diabéticas pelo processo da gravidez. O número de pessoas neste grupo é variável dependendo da demanda. Elas são atendidas pela(o) enfermeira(o) numa periodicidade de duas vezes por semana até o final da gravidez.

Os clientes chegam ao ambulatório através de demanda espontânea pelo setor de marcação de consultas ou por encaminhamento de outros profissionais: médicos(as), enfermeiras(os) do próprio hospital ou de outras instituições.

A entrada acontece pela consulta médica. A partir daí, o cliente é encaminhado para os grupos coordenados pela(o) enfermeira(o) e para os outros profissionais da equipe.

No período de 7 a 10 de junho de 1999, iniciei a coleta de dados deste estudo, participando de atividades no ABC-HCUFMG que já haviam sido programadas pela outra enfermeira do programa. A minha pretensão foi expor aos clientes a minha proposta de

trabalho e convidá-los a fazer parte dele. Dessa forma, realizamos atendimento regular; ou seja, os(as) clientes foram avaliados, individualmente, com realização de entrevista, glicemia capilar e a glicosúria, caracterizando, portanto, uma pré-consulta de enfermagem, por não seguir uma metodologia específica de consulta de enfermagem. A seguir, aqueles clientes que fazem uso de insulina foram incentivados a praticar a auto-aplicação, que foi observada por mim quanto à dosagem e local de aplicação.

Após esse atendimento preliminar, os(as) clientes formaram um grande grupo. Então, iniciamos as atividades previamente planejadas pela enfermeira da equipe interdisciplinar. Nessa semana, o tema que estava em pauta, e que se repetiu diariamente, para ser tratado com os clientes era “atividade física”. Como a atividade estava planejada pela enfermeira, não desenvolvi atividades lúdicas; ou seja, a atividade foi coordenada por ela, que ministrou uma aula sobre atividade física.

Depois dessa atividade, apresentei para o grupo a minha proposta de mestrado e solicitei voluntários para participar do estudo. Durante toda a semana, consegui a adesão de cinco (5) clientes, os quais assinaram o protocolo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo 2).

Os clientes que fizeram parte deste estudo foram denominados por nome de flores, não sendo revelado seus verdadeiros nomes. Dessa forma as quatro mulheres foram denominadas: **Rosa, Margarida, Ortência e Açucena** e o homem foi denominado **Lírio** e apresentam o seguinte perfil:

TABELA I- Perfil dos clientes segundo a idade, escolaridade, profissão e procedência

NOME	IDADE	ESCOLA-RIDADE	PROFISSÃO	PROCEDÊNCIA ⁵	TEMPO DE PARTICIPAÇÃO NOS GRUPOS (Anos)	TEMPO DE DIABETES (Anos)
ROSA	42	5ª série	costureira	Patrocínio – MG	4	12
MARGARIDA	54	analfabeta ⁶	não trabalha	Itajutiba - MG	3	9
HORTÊNSIA	61	3º ano primário	aposentada	Congonhas do norte - MG	5	8
LÍRIO	62	4º ano primário	manobrista	Jaboticatuba s- MG	2	10
AÇUCENA	76	analfabeta	lavadeira	Crucilândia - MG	2	12

Como mostra a tab. 1, todos são procedentes de cidades do interior de Minas Gerais. Esse é um fator que, segundo dados do Ministério da Saúde (Brasil, 1996), está relacionado com a ocorrência do diabetes, pois a mudança para a capital implica a modificação do estilo de vida, no que se refere a alimentação e atividades diárias.

Ainda como característica desta clientela, cabe mencionar que todos moram com marido ou esposa, com exceção de Açucena, que é viúva e mora com o neto. Todos moram com os filhos no mesmo lote ou na mesma casa, o que caracteriza uma situação de pobreza, em que os filhos, mesmo depois de casados, permanecem vivendo junto aos pais com a nova família.

Todos foram encaminhados aos grupos educativos realizados por médicos após a consulta, na qual tomaram ciência de que eram portadores de diabetes. No entanto, Lírio descobriu os grupos através de um amigo que é diabético e que o encorajou a frequentá-los.

Todos fazem controle do diabetes desde que o descobriram, fazendo consultas periódicas com os médicos e enfermeiras, e também participando dos grupos educativos.

⁵ Considerando procedência o fato de ter nascido e vivido em outra cidade por alguns anos e depois se mudado para a capital.

⁶ Não estudou, não sabe ler nem escrever mas assina o nome.

Rosa e Hortência não têm história familiar de diabetes em parentes de primeiro grau, Lírio, Margarida e Açucena têm familiares portadores de diabetes.

3 O caminho percorrido...

"O conhecimento é mais que a vontade de saber, ou seja, está também ligado à espiritualidade. O pesquisador é um ser humilde que ao partilhar dos prazeres e angústias dos grupos ou pessoas com quem ele desenvolva a pesquisa, tenta afirmar forças de vida, de respeito, de alegria, de imaginação, de solidariedade, de libertação: as forças dos humildes, contra as opressões, inclusive as mais secretas e internalizadas" (Gauthier e Santos, 1996, p. 22).

Esse pensamento mostra um pouco do que foi a coleta de dados deste estudo, uma vez que me proporcionou a oportunidade de voltar ao meu local de trabalho com um novo olhar pessoal e profissional adquirido no decorrer do mestrado. Dessa forma, pude desenvolver o trabalho com humildade, partilhando com os clientes que fizeram parte do estudo de todas as angústias e prazeres, respeitando idéias, condutas e opiniões, auxiliando para que surgissem deles sentimentos internalizados que de outra forma talvez não viessem à tona.

A pergunta norteadora deste estudo surgiu em decorrência da minha vivência como enfermeira e docente, trabalhando junto aos clientes diabéticos, quando a cada vez que ia planejar uma atividade educativa tinha a preocupação de fazer algo motivador do qual os(as) clientes pudessem estar participando efetivamente. Além disso, ao acompanhar o trabalho de algumas colegas, *sentia* que quando eram ministradas aulas expositivas os(as) clientes mostravam-se cansados(as), desmotivados(as), o que era demonstrado pela pouca participação em perguntas ou relatos de experiências e pela redução gradativa da

frequência aos grupos. Ao contrário, quando trabalhávamos como outras técnicas, como os jogos educativos, a motivação e a descontração eram notórias.

Mas basta estar descontraído para poder apreender o autocuidado? Não sei. No entanto, estou buscando formas de ajudar os clientes diabéticos de uma forma mais efetiva, e o que eu posso afirmar é que nesse ambiente descontraído, participativo e grupal existe uma “liberdade” maior para falar da problemática vivenciada por cada cliente.

Desta forma, a coleta de dados se deu em dois momentos: o primeiro constituiu na realização de consultas de enfermagem, com roteiro específico, para detectar os déficits de autocuidado dos clientes selecionados para o estudo. O segundo momento significou a implementação da ludoterapia para trabalhar junto aos clientes sobre os déficits levantados. A análise dos encontros lúdicos permitiu estabelecer algumas categorias de análise, as quais detalharemos posteriormente.

Segue-se o detalhamento da realização de cada momento:

Primeiro momento: a consulta de enfermagem e os déficits de autocuidado

Para detectar os déficits de autocuidado presentes nos clientes diabéticos, elaborei, em maio de 1999, um roteiro para consulta de enfermagem, que contemplou os requisitos de autocuidado universais e relativos aos desvios de saúde. Os requisitos de autocuidado desenvolvimentais não estavam explícitos neste roteiro, no entanto apareceram indiretamente, uma vez que a idade de alguns dos participantes, como Açucena, faz com que algumas ações referentes ao envelhecimento sejam necessárias. Este roteiro de consulta de enfermagem encontra-se no anexo 1.

A figura 2 ilustra um dos momentos da consulta, que é a verificação da Pressão Arterial, realizada pela Enfermeira Ivone Salomon.



Figura 2- Consulta de Enfermagem

OREM (1985, p. 222), ao tecer considerações teóricas acerca do processo de enfermagem, parte da premissa de que esta é mais do que a simples combinação de todas as atividades que a(o) enfermeira(o) desempenha em benefício de uma pessoa sob seus cuidados. Neste sentido, ressalta que somente as atividades selecionadas e dirigidas pela(o) enfermeira(o) para atingir objetivos dentro de uma situação de cuidado à saúde é que poderão ser consideradas como responsabilidade da enfermagem. Com isso, a teoria sustenta que os resultados alcançados pelas enfermeiras através de suas ações trazem benefícios aos clientes, na medida em que se consegue o autocuidado terapêutico do cliente. As ações de enfermagem são úteis no sentido de direcionar o cliente para atitudes responsáveis em termos de autocuidado. Os membros da família do cliente ou qualquer outra pessoa leiga que preste-lhe atendimento tornam-se progressivamente competentes em tomar decisões no cuidado diário e individualizado do cliente ou em prover e dirigir o cuidado sob supervisão da enfermagem.

Em linhas gerais, o processo de enfermagem, segundo OREM (1985), é sustentado pela base teórica de que as ações a serem realizadas devem:

- estar em consonância com os objetivos desejados;
- considerar os fatores ambientais, tecnológicos e humanos para a obtenção destes objetivos;
- ser desempenhadas de acordo com o planejamento, fazendo ajustes e revisões no planejamento à medida que as condições se alterem; e,
- ser controladas para verificar se os objetivos estão ou não sendo alcançados.

A estrutura do processo de enfermagem, de acordo com OREM (1985), contém diferentes etapas, sendo que as mesmas compreendem duas fases: a intelectual e a prática.

A fase intelectual, em linhas gerais consiste em três passos básicos:

- Determinação inicial e contínua do porquê de uma pessoa estar sob cuidados de enfermagem considerando sua história e estilo de vida.
- Determinação de como esta pessoa pode ser ajudada pela enfermagem, ou seja, através da projeção de um sistema que efetivamente contribua para a obtenção de objetivos de saúde pelo indivíduo, através do autocuidado terapêutico, e a aquisição de objetivos de ação tanto de autocuidado como autocuidado dependente (para cliente ou família).
- Planejamento da assistência de enfermagem de acordo com o sistema planejado, incluindo especificações de papéis (do indivíduo e da enfermagem), recursos, coordenação de atividades pela(o) enfermeira(o), indivíduos ou outros.

Os(as) cinco clientes que aceitaram fazer parte do estudo compareceram ao ambulatório na segunda semana de atendimento, no período de 14 a 17 de junho. Naquele momento, fiz consulta individual de enfermagem e apliquei o roteiro do anexo 1. A consulta de enfermagem tem sido vista como *um dos recursos utilizados pela enfermeira para atuar de forma direta e independente junto ao cliente caracterizando a sua autonomia como profissional liberal* (Patrício, 1990, p. 2).

Além dessa idéia exposta pela autora, compreendo que a consulta de enfermagem é um processo que deve estar orientado por alguma teoria de enfermagem e que contenha as fases de levantamento, registro e análise de dados. Através da consulta, devemos iniciar também um processo educativo.

Neste estudo, cada consulta ocupou um tempo médio de uma hora e meia. Informei aos clientes que eles não eram obrigados a responder todas as perguntas. Mesmo assim, todas as perguntas foram respondidas com exceção de uma cliente que não quis responder a pergunta: “Você é feliz?”

Dessa forma implementei a primeira etapa do processo de enfermagem proposto por Orem. A primeira etapa deste processo foi constituída de operações de diagnóstico e prescrição. O diagnóstico implica a operação investigativa que permite às(aos) enfermeiras(os) fazer avaliações quanto à situação existente em relação ao cuidado à saúde e ao ato de tomar decisões sobre o que pode e o que deve ser feito (Orem, 1985, p. 225). Nesta etapa, Orem sugere que as enfermeiras(os) busquem respostas para as seguintes questões:

- 1- Qual é a demanda terapêutica do autocuidado do cliente? Agora? Futuramente?
- 2- O cliente apresenta algum déficit para se engajar no autocuidado de modo a satisfazer a demanda terapêutica de autocuidado?
- 3- Se tem, qual a natureza e as razões para a sua existência?
- 4- Deve o cliente ser impedido de se engajar no autocuidado ou deveria proteger capacidades de autocuidado já desenvolvidas para propósitos terapêuticos?
- 5- Qual é o potencial do cliente para se engajar nas ações de autocuidado em período futuro: Aumentar ou aprofundar o conhecimento do autocuidado? Aprender técnicas de autocuidado? Incorporação de medidas efetivas de autocuidado, incluindo novas no sistema de autocuidado e na vida diária (Orem, 1985, p. 225)?

Para satisfazer tais questionamentos, foram feitos, neste estudo, durante a consulta de enfermagem, perguntas referentes ao motivo da consulta com a enfermeira, conhecimento sobre o diabetes, incorporação de medidas relativas aos requisitos de

autocuidado universais e referentes aos desvios de saúde e, ainda, um exame físico (Anexo 1-roteiro de consulta de enfermagem).

De acordo com Orem, tais questionamentos exigem que as enfermeiras busquem caminhos efetivos que garantam a obtenção de informações essenciais e determinem a qualidade e quantidade dos dados coletados. As operações de diagnóstico e prescrição, segundo a teoria, são concernentes à demanda terapêutica de autocuidado do cliente e à sua competência em satisfazê-la, as quais devem ser desenvolvidas com o cliente ou com pessoas que decidem e agem por ele (Orem, 1985).

O roteiro de consulta mostrou adequado para conhecer os(as) clientes e estabelecer a demanda de autocuidado de cada um. Entendo que o tempo de consulta de enfermagem deve ser revisado, considerando que uma hora e meia por consulta é um tempo longo e que o tempo preconizado é de, no máximo, uma hora. No entanto, como se tratava, além de uma prática de assistência, também um trabalho de pesquisa que envolve investigação detalhada dos assuntos, este tempo pode ser considerado pertinente.

Neste estudo, a fase intelectual consistiu na implementação da consulta de enfermagem junto a clientes diabéticos, fazendo uma determinação inicial de que estes indivíduos estão sob a ação de enfermagem pelo fato de apresentarem uma doença crônica, o Diabetes Mellitus, e que por isso precisam de cuidados diários e contínuos para que possam conviver com essa situação de doença. A partir de uma análise das consultas realizadas, foram detectados déficits de autocuidado apresentados pelos clientes. Dessa forma, determinou-se uma forma de como estas pessoas poderiam ser ajudadas pela enfermagem, ou seja, através de ações educativas que proporcionassem a participação ativa dos clientes. Essas atividades foram planejadas através de dinâmicas lúdicas e executadas na fase prática do processo de enfermagem proposto por Orem.

A fase prática inclui, especificamente, a iniciação, a condução e o controle das ações de assistência, visando: (a) compensar as limitações de autocuidado do cliente, assegurando que o autocuidado fornecido seja terapêutico, e dar início à adaptação comportamental do cliente, diante das limitações existentes; (b) superar, quando possível, as limitações de autocuidado do cliente e/ou família, de modo que no futuro, a curto ou a

longo prazo, as ações de autocuidado terapêutico sejam efetivas; e (c) estimular e proteger as habilidades de autocuidado do cliente e prevenir o desenvolvimento de novas limitações de autocuidado (Orem, 1985, p. 224). A estrutura do processo de enfermagem (1985), com suas diferentes fases e etapas pode ser assim representada no quadro 1.

FASE INTELLECTUAL	
1ª ETAPA Diagnóstico e prescrição Levantamento de dados	2ª ETAPA Projeção e planejamento do sistema de assistência
FASE PRÁTICA	
3ª ETAPA Provisão e controle da Assistência de Enfermagem	

Quadro 1- Fases e Etapas do Processo de Enfermagem proposto por Dorothea Orem

As etapas do processo de enfermagem neste trabalho foram executadas conforme mostra a quadro 2.

FASE INTELLECTUAL	
1ª ETAPA Consulta de enfermagem. autocuidado Coleta de dados iniciais:	2ª ETAPA Análise das consultas: Determinação dos déficits de Planejamento das atividades
FASE PRÁTICA	
3ª ETAPA Ações educativas realizadas através de atividades lúdicas	

Quadro 2- Etapas do processo de enfermagem propostas neste trabalho com base na Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem

O passo seguinte foi analisar as consultas de enfermagem, a fim de detectar os déficits de autocuidado. O diabetes envolve a mudança de hábitos de vida, no que se refere a dieta, uso correto da medicação, prática diária de atividades físicas, reconhecimento de sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, bem como prevenção dos mesmos e ainda das complicações crônicas. Para reconhecer os déficits de autocuidado dos clientes que fizeram parte deste estudo, foram abordados todos esses aspectos do tratamento, através do roteiro de consulta. Os déficits encontrados foram classificados conforme os requisitos de autocuidado referentes ao desvios de saúde e aos requisitos de autocuidado universais.

Para iniciar a consulta, partindo da realidade de cada cliente, iniciei a entrevista perguntando o que gostariam de saber sobre o diabetes. Dessa forma, foi perguntado aos(às) clientes qual era a necessidade de conhecimento deles; ou seja, o que eles gostariam de saber sobre o diabetes, quais as dúvidas ainda tinham. Assim, foi dado a cada cliente a abertura para falar da sua necessidade.

Não, não. Acho que de novidade assim que eu não saiba acho que não tem nada (Rosa)

Eu estou tão acostumada com ela que já sei tudo, acho que sei tudo (Açucena)

Acho que tem muita coisa ainda que eu preciso aprender, mas agora assim não vem nada (Lírio)

Quando perguntados sobre o que gostariam de saber a respeito do diabetes, os discursos variaram desde que “tinham ainda muita coisa para aprender” até que “já sabiam tudo”.

Houve ainda manifestação do desejo de saber algo mais...

Tenho vontade de saber por que tem tanta diabetes no mundo hoje. Porque ta aparecendo demais, nossa senhora! Quando eu fiquei diabética quase ninguém falava em diabetes (Margarida).

Essa pergunta demonstrou que, apesar de esses clientes já participarem dos grupos educativos de 2 a 5 anos, restam em alguns deles dúvidas primárias, por exemplo, sobre a dieta. Outros, no entanto, querem compreender mais a doença em seu aspecto global, como é o caso da cliente que deseja saber por que há tanta diabetes no mundo hoje.

Dessa forma, foram detectados déficits relativos aos requisitos de autocuidado universais (cuidados gerais com o corpo e cavidade bucal e autoestima) e déficits de autocuidado relativos aos requisitos de desvio de saúde (ausência da prática de atividade física, dieta inadequada e tratamento medicamentoso inadequado). (Anexo 2)

Aqui foi executada a segunda etapa do processo de enfermagem, proposto por Dorothea Orem. Segundo OREM (1985), esta etapa envolve a projeção e o planejamento de sistemas de enfermagem. Projetar um sistema de enfermagem de acordo com a teoria consiste essencialmente em um processo de seleção de alternativas válidas para a implementação da assistência de enfermagem tão logo os requisitos universais sejam identificados e descritos. Nesse sentido, OREM (1985) propõe três tipos de assistência de enfermagem:

- a) Sistema de Enfermagem Totalmente Compensatório: o indivíduo se apresenta incapacitado para atender as suas necessidades de autocuidado, ficando na dependência do profissional. A enfermeira acompanha o cliente e compensa sua inabilidade em engajar-se no autocuidado.
- b) Sistema de Enfermagem Parcialmente Compensatório: o indivíduo apresenta algumas dificuldades para atender suas necessidades de autocuidado. Nesta etapa, tanto o enfermeiro quanto o cliente executam medidas e ações de autocuidado.
- c) Sistema de Apoio-Educação: situa-se quando o indivíduo necessita de assistência de enfermagem para adquirir habilidade e competência, aprendendo a executar ações e medidas de autocuidado de acordo com suas necessidades. A aprendizagem inclui o desenvolvimento de um repertório de ações e medidas de autocuidado que lhe é prestado pela enfermeira ou através de experiências de

aprendizagem específicas ou planejadas. A enfermeira e o cliente entram em acordo no desenvolvimento de atividades de autocuidado, e seu principal papel aqui é o de promover o cliente a agente cuidador.

Todos os clientes que fizeram parte desse estudo estão no sistema apoio-educativo, uma vez que necessitam da enfermagem para estimular que os conhecimentos adquiridos a respeito da doença e tratamento sejam colocados em prática. Açucena, por exemplo, não consegue fazer a autoaplicação da insulina, técnica que é muito estimulada para promover a independência do cliente. No entanto ela consegue que o próprio neto, que vive com ela, aplique a insulina diariamente. Ou seja, a situação é resolvida dentro do próprio ambiente familiar.

Segundo momento: a ludoterapia como proposta de autocuidado

Os cinco clientes reuniram-se nas três semanas seguintes, a fim de trabalharem em grupo, através de jogos educativos (atividade lúdica), os déficits de autocuidado encontrados. Durante essa etapa, foram trabalhados aqueles assuntos considerados como déficits de autocuidado.

Foi implementada, nesse momento, a terceira etapa do processo de enfermagem, que se trata da Provisão e Controle da Assistência de Enfermagem. Esta etapa, segundo OREM (1985, p. 237), envolve a iniciação, a assistência e o controle do cuidado de enfermagem, baseado no sistema de assistência de enfermagem projetado e nos detalhes do plano de cuidados. Corresponde à fase prática do processo de enfermagem, constituindo-se num ciclo de assistir, checar, ajustar e avaliar as atividades desenvolvidas. OREM (1985, p. 237) menciona ainda que esta etapa é denominada de *produção de cuidado para regular demandas terapêuticas de autocuidado e competência para o autocuidado*. Para a teoria, os sistemas regulatórios de enfermagem são produzidos quando enfermeiras(os) interagem com os clientes e agem consistentemente para satisfazer as demandas terapêuticas de autocuidado deste clientes para regular o exercício ou desenvolvimento de suas capacidades para se engajarem no autocuidado.

Realizei quatro encontros com o grupo selecionado, nos quais procurei trabalhar mais detalhadamente cada déficit encontrado. Passo, a seguir, a descrevê-los.

- **Primeiro Encontro**

Num primeiro momento, ocorreu a apresentação dos participantes, posto que estes ainda não se conheciam, por fazerem parte de grupos diferentes. Levei para o grupo aqueles déficits de autocuidado detectados durante a consulta individual. Dessa forma, devolvi ao grupo aquilo que foi encontrado, e assim analisei com eles se os déficits encontrados eram aqueles realmente apresentados. Dessa forma, confrontei a minha análise prévia com o grupo.

Com a concordância do grupo, perguntei se havia, além daqueles apresentados, outros temas que quisessem trabalhar nos encontros subsequentes. Não havendo manifestação do grupo, iniciei a atividade planejada.

Os déficits trabalhados no primeiro encontro foram referentes à prática de atividades físicas e aos cuidados gerais com o corpo. Antes de iniciar o jogo educativo planejado, fiz uma avaliação de cada cliente, a fim de saber se havia alguma alteração do momento da consulta até aquele momento. Realizei também a glicemia capilar dos(as) clientes e também a glicosúria naqueles que apresentavam valores de glicemia acima de 240 mg/dl.

A forma escolhida para trabalhar os déficits foi o jogo da batata quente. Neste jogo, o grupo foi disposto num grande círculo. Uma caixa com várias perguntas referentes aos déficits a serem trabalhados começou a circular, e cada um ia passando para o outro, ao som de uma música ao fundo. Quando a música parava, o cliente que estivesse com a caixa abria a mesma e retirava uma pergunta. Se respondesse certo, ganhava ponto. A figura 3 mostra o momento do lanche realizado após o jogo. Esse momento também consistiu num momento de intercâmbio entre os clientes.



Figura 3- Jogo da Batata Quente: momento do lanche

Ao iniciar a música, que faz parte do jogo, houve uma certa timidez. A caixa, que deveria passar de um participante a outro, permaneceu parada com um deles. A seguir, vencida a timidez, foi passada de um a outro. Cada vez que a música cessava e uma pergunta tinha que ser retirada era motivo para gargalhadas.

As perguntas que faziam parte do jogo foram elaboradas de acordo com frases ditas pelos(as) clientes durante a consulta, dessa forma:

Que tipos de sapatos você utiliza? Por quê?

Você faz atividade física? Com que frequência?

Como deve ser a temperatura da água que se toma banho?

Que tipo de sabonete deve ser preferido para se tomar banho?

Fale sobre os cuidados com a pele, sobre os cuidados com os pés, sobre o tipo de roupa a ser utilizado na atividade física, sobre a importância de um peso ideal para se manter a glicemia, sobre as meias que devem ser usadas pelo diabético.

Além desses assuntos, outros foram surgindo de acordo com a necessidade do grupo. Esse encontro ocupou cerca de duas horas, e os clientes participaram ativamente.

- **Segundo Encontro**

Nesse encontro, o grupo já tinha conhecimento dos déficits detectados pela pesquisadora. A partir daí, trabalhamos os déficits encontrados no sentido de promover mudanças de atitude, e até planejamos mudanças em seus mundos, que é o mundo de um cliente diabético. Essas mudanças deverão ser no sentido de incorporaR de novos hábitos de vida mais adequados para que o(a) cliente tenha melhor qualidade de vida.

O déficit trabalhado neste encontro foi o da autoestima. A atividade realizada foi um jogo, no qual cada cliente tinha em mão um cone que o representava. Havia um caminho de pedras numeradas a ser percorrido pelo cone. Debaxo de cada pedra havia uma frase, que deveria ser comentada. Cada cliente jogava um dado e percorria o número de pedras referente ao número que tinha saído no dado e comentava a frase que se encontrava embaixo da pedra. O objetivo não era errar nem acertar, mas apenas discutir alguns aspectos importantes que apareceram na consulta. Por isso, as frases que faziam parte do jogo foram retiradas do roteiro de consulta.

Fale sobre a frase: Sou uma pessoa feliz?

Cuidar da saúde mental é importante para a pessoa diabética. Fale sobre isso.

Às vezes me sinto desanimado e cansado de ter que cuidar de mim mesmo. O que posso fazer para melhorar isso?

Não faço caminhada porque não tenho tempo. O que posso fazer para mudar isso?

Às vezes esqueço de tomar o medicamento. Por que isso acontece?

Diga uma mensagem otimista para você mesma.

Diga uma mensagem otimista para o grupo.

Quando vou a uma festa não resisto e acabo comendo um docinho. O que posso fazer para que isto não aconteça?

As frases iam se repetindo. Ganhou o jogo quem terminou primeiro de percorrer o caminho. Este encontro durou duas horas com participação efetiva de todos os clientes.

- **Terceiro Encontro**

Nesse encontro foi trabalhado o déficit da dieta, através do “jogo da dieta”. Cada cliente recebia várias fichas, cada uma com um número que a identificava. Em cada ficha havia uma combinação de alimentos proibidos e/ou permitidos que precisavam ser comentados pelo cliente. Cada cliente rodava uma roleta numerada

de 1 a 20. O cliente que possuía a ficha correspondente ao número que saía na roleta tinha que comentar sobre a dieta que estava na ficha com o número correspondente; ou seja, precisava dizer se aquela combinação era proibida ou permitida e por quê.

Quarto Encontro

O quarto encontro consistiu na avaliação do conhecimento dos clientes acerca de aspectos do tratamento: dieta, atividade física, tratamento medicamentoso e autoestima. Dessa forma, os clientes se dividiram em três grupos, cada um com duas pessoas (estava também presente a filha de açucena, que também é diabética). Cada grupo montou um cartaz, com figuras recortadas de jornais e revistas, no qual expressaram tudo o que sabiam sobre dieta, atividade física, tratamento medicamentoso e autoestima.

Nos quatro encontros realizados, os clientes mostraram-se interessados e receptivos, e participando ativamente das atividades propostas. Todos os clientes estiveram presentes em todos os encontros, sendo que em dois dos quatro encontros realizados houve também a participação de familiares diabéticos, o que mostra o interesse dos clientes pelas atividades, bem como pela divulgação das mesmas.

4 A análise dos dados

A análise dos dados coletados durante este trabalho levou em conta as atividades desenvolvidas em dois momentos:

- **Primeiro momento: primeira etapa do processo de enfermagem proposto por Orem**

As consultas de enfermagem foram gravadas com o consentimento dos clientes. Após, realizei uma transcrição das mesmas. A partir da leitura minuciosa do conteúdo de cada consulta, levantei os déficits de autocuidado dos clientes. São estes os déficits que predominaram, os quais foram utilizados como temas norteadores para as atividades lúdicas:

- **Cuidados Gerais com o Corpo;**
- **Atividade Física;**
- **Dieta;**
- **Auto Estima; e**
- **Tratamento Medicamentoso**

Surgiram outros déficits de autocuidado mas que por uma questão de limitação do tempo realizei uma opção metodológica de trabalhar de maneira lúdica apenas estes cinco apresentados.

- **Segundo momento: a atividade lúdica como possibilidade de autocuidado**

Atividade lúdica- As atividades lúdicas realizadas foram filmadas e analisadas em seu conteúdo, no sentido de levantar em quais aspectos ela poderia estar contribuindo para o processo educativo de autocuidado dos clientes diabéticos. Após os quatro encontros, realizei uma releitura do que havia sido filmado e transcrevi em forma de texto, cada encontro, a fim de estabelecer com maior visibilidade os conteúdos predominantes nos encontros.

Essas transcrições permitiram-me traduzir a essência do diálogo conduzido a cada encontro e oportunizou a organização dos dados a serem categorizados. Após este momento, realizei um agrupamento dos discursos dos clientes por temáticas semelhantes, relacionando-as com os déficits levantados e trabalhados, o que se configurou numa pré-análise de dados, conforme indicado por Bardin (1977). Este processo possibilitou-me visualizar as subcategorias de análise, e a partir delas estabelecer as categorias.

Os dados foram analisados e discutidos à luz do referencial teórico do estudo. As categorias de análise foram assim denominadas:

1 - DIETA

1.1 O QUE DEVO COMER E O QUE NÃO DEVO COMER

1.2 A CONTRADIÇÃO ENTRE O DISCURSO E A PRÁTICA

1.3 A LUTA DO DIA A DIA

2 – AUTO-ESTIMA

2.1 EU SOU FELIZ

2.2 SENTIR RAIVA DE SI MESMO

3 - O CUIDAR DE SÍ

3.1 CAMINHAR É PRECISO

3.2 O CUIDADO DO DIA A DIA

4 - É CARO SE CUIDAR

Capítulo IV

A Ludoterapia no Processo Educativo para o Autocuidado do Cliente Diabético

Durante os encontros realizados com o grupo de clientes diabéticos, pudemos trabalhar tanto questões do diabetes como questões pessoais que foram surgindo no decorrer das atividades. Cabe salientar que os déficits detectados a partir da consulta de enfermagem foram somente questões que nortearam as atividades lúdicas realizadas para que tivéssemos um ponto de partida.

A utilização de atividades lúdicas não foi algo novo para mim, uma vez que já venho trabalhando dessa forma. No entanto, faltava a construção teórica e a elaboração de uma metodologia; ou seja, não escolher aleatoriamente assuntos que fossem do meu interesse, mas sim aqueles que fossem interessantes para aquele grupo de trabalho.

É preciso, porém, desfazer a pretensão de que a ludoterapia é o único caminho, aquele que faltava para que o cliente diabético tivesse adesão ao tratamento, como se bastasse a sua aplicação para que tudo se resolva. Não é isso. A intenção é buscar um caminho. Para isso, o que farei agora é refletir sobre esse caminho que foi percorrido durante esse estudo.

Para explicar as coisas, cedemos a impulsos de simplificar, procurando encaixar tudo em categorias cada vez mais simples. Tal pretensão tem limites difíceis de marcar, mas que se localizam entre os extremos de uma explicação muito complexa, mas às vezes incapaz de elaborar relevos delineáveis ou de simplificações ilusórias.

Contudo, para maior entendimento, já que se torna difícil explicar com detalhes tudo o que as dinâmicas lúdicas foram capazes de trazer à tona e todo o dinamismo criado durante as atividades, agrupei alguns assuntos que expressavam idéias semelhantes.

1 Dieta

Segundo SMELTZER & BARE (1994), a dieta e o controle do peso constituem a base do tratamento do diabetes. Para que o cliente diabético possa aproveitar bem os elementos oferecidos pela alimentação, é importante que conheça quais os alimentos que deve utilizar, suas respectivas quantidades e horários das refeições.

1.1 O que devo comer e o que não devo comer

Os clientes deste estudo apresentam conhecimento acerca da dieta, mas sentem dificuldade de colocá-los em prática, devido aos fatores externos relacionados: nervosismo, falta de apetite ou a rotina de levantar muito cedo e chegar em casa tarde. A solução para essas dificuldades foi dada pelos próprios clientes, sem necessidade da interferência direta do profissional.

Um fator importante a ser considerado na atividade lúdica refere-se à possibilidade de um cliente que apresenta o mesmo tipo de problema poder ajudar na solução de outros e transmitir mensagens de otimismo, como a importância de cuidar de si mesmo.

A pessoa deve acordar um pouco mais cedo para tomar o café, pois se toma a insulina e não toma o café pode ter uma hipoglicemia. Tem que lembrar que precisa cuidar de si.
(Hortênsia)

A pessoa pode até comer um pedaço de pizza mas deve evitar pois apesar de não ser doce tem muita gordura. (Margarida)

Se a pessoa sente vontade de comer um doce deve substituir por uma fruta e deve comer uma só. Se tiver vontade de comer duas é melhor deixar a outra para outro horário.
(Açucena)

A pessoa de manhã pode comer uma fatia de queijo, um copo de suco e ½ pãozinho de sal.
(Lírio)

O pãozinho deve ser um só e a manteiga não sei qual quantidade mas tem que ser pouca.
(Hortência)

Eles recomendam uma colher de chá rasa de manteiga. (Rosa)

Tem gente que passa o pão na manteiga e não a manteiga no pão. (Margarida)

No almoço pode duas colheres de arroz, um pedaço de carne, duas de feijão, salada de cenoura e uma fatia de melancia de sobremesa. (Hortência)

No intervalo entre almoço e janta, pode comer fruta ou iogurte, mas sem açúcar.
(Hortência)

Mas às vezes o diet é muito doce. (Margarida)

É preciso olhar na composição se não tem açúcar mas às vezes o doce é por causa do tipo de adoçante usado. (Hortência)

Eu comia muito salgadinho frito mas depois que eu comecei a freqüentar os grupos eu parei com esse negócio. (Lírio)

Bolo não pode em nenhuma refeição (Rosa)

Meu patrão falou que eu podia comer rapadura pois ele tem um amigo que é diabético e que come rapadura. (Açucena)

Segundo Smeltzer & Bare (1994), a conduta nutricional do cliente com diabetes é dirigida às seguintes metas:

1. fornecimento de todos os constituintes alimentares essenciais (vitaminas, minerais e proteínas;
2. obtenção e manutenção do peso ideal;
3. atendimento às necessidades energéticas;
4. prevenção de grandes variações diárias nos níveis de glicose sanguínea e obtenção de níveis sanguíneos o mais próximo do normal; e
5. diminuição dos níveis sanguíneos de lipídeos quando elevados.

O cliente diabético deve evitar o excesso de peso, pois isso implicará também aumento da quantidade de insulina. Deverá abandonar o uso de açúcares, doces, balas e refrigerantes não dietéticos, por serem formas de açúcares simples e concentradas, ocasionando rápido aumento da glicose sanguínea e, conseqüentemente, solicitando um rápido aumento da secreção de insulina para metabolizar essa glicose (Brasil, 1996).

Segundo a Associação Nacional de Assistência ao Diabético (ANAD, 1997), alimentos dietéticos podem ser recomendados considerando-se o seu valor calórico e de nutrientes. Os adoçantes podem ser utilizados considerando-se o seu valor calórico. Aspartame, ciclamato, sacarina e acesulfame são praticamente isento de calorias, no entanto devem ser consumidos em quantidade moderada, respeitando o consumo máximo diário especificado pelo fabricante. Os diabéticos com complicações como hipertensão arterial devem evitar o uso de ciclamato por conter sódio em sua formulação, o que poderá contribuir para a elevação da pressão arterial, e também do sal de cozinha, carne salgada e alimentos enlatados.

O cliente diabético deve evitar, ainda, o consumo de gorduras, principalmente aqueles com hipertrigliceridemia. Devem aumentar a ingestão de fibras solúveis: verduras cruas, folhas, frutas com casca e bagaço, etc.

O fracionamento das refeições é fundamental para o cliente diabético, devendo ser obedecido o número de seis refeições por dia. As refeições intermediárias podem ser feitas com frutas, leites e substitutos. Segundo a ANAD (1997), o plano alimentar deve ser personalizado, individual, fracionado e adaptado às condições de vida do cliente. Cada pessoa deve ter sua dieta de acordo com idade, sexo, estado metabólico, situação biológica, atividade física, doenças intercorrentes, hábitos socioculturais, situação econômica, disponibilidade dos alimentos em cada lugar.

A adesão a longo prazo ao plano alimentar é um dos aspectos desafiadores do tratamento do diabetes. Para os clientes que fizeram parte deste estudo, aprender a utilizar alternativas pode ser muito difícil. Isto pode estar relacionado às limitações intelectuais do cliente em compreender e memorizar. Também pode estar relacionado a aspectos

emocionais, tais como a dificuldade em aceitar o diagnóstico de diabético ou sentimentos de privação e restrição alimentar indevida.

Dessa forma, a ludoterapia proporcionou a relação entre os participantes e a criação de um grupo que pode fazer com um influencie o outro de alguma forma. De acordo com AZIBEIRO (1993), essa relação e mais a criação de vínculos promovem o conhecimento. O processo de construção do conhecimento é constituído pelo conjunto de relações que se estabelece –com as pessoas, com a vida, com a natureza e com as situações.

AZIBEIRO (1993) ressalta ainda que nessa construção do conhecimento a ênfase não deve estar no que se produz; ou seja, as informações e descobertas não devem ser negadas, mas, o enfoque principal é o processo, pois, é através dele que o conhecimento se institui e recria. Essa idéia também é reforçada por MANZOLLI (1983), que destaca como importância no ludismo a ação, o momento presente, e não o resultado. Dessa forma, o executar da mesma é que é relevante.

As comunidades de jogadores tendem a tornar-se permanentes, mesmo depois de acabado o jogo. É claro que nem todo jogo de bolas de gude leva à fundação de um clube, mas a sensação de estar “separadamente juntos”, numa situação excepcional de partilhar algo importante, conserva sua magia para além da duração do jogo. Seria demasiado simplista explicar todas as associações apenas como sociedades lúdicas. Mais de uma vez verificou-se como é difícil estabelecer uma separação nítida entre os agrupamentos sociais permanentes (sobretudo nas culturas arcaicas, com seus costumes extremamente importantes, solenes e sagrados) e o domínio lúdico (Huizinga, 1996).

O jogo é uma atividade livre, desligada de todo e qualquer interesse material, praticada dentro de um limite de tempo e espaço, segundo certa ordem e certas regras, e promove a formação de grupos sociais (Huizinga, 1996).

Proporcionar essa inter-relação entre os participantes foi fundamental para fazer com que essas pessoas se identificassem como grupo, e como tal pudessem trocar as suas experiências e estabelecer vínculos que se tornem duradouros e, principalmente, que sejam capazes de modificar a si próprias e também o mundo em que vivem.

Apesar de demonstrarem conhecimento acerca do diabetes, os clientes sentem dificuldade de colocá-los em prática existindo então uma contradição entre os discursos e a prática.

1.2 Contradição entre os discursos

Essa contradição entre os discursos é comentada entre os profissionais que trabalham com cliente diabéticos. Silva (2000) também encontrou contradições entre os relatos de clientes em diferentes momentos. Ela ressalta que

essas pessoas estavam contando um acontecimento passado, mas a luz de novas vivências, de outros conhecimentos que adquiriram, de outros padrões de comportamento estabelecidos. Enfim elas estavam recontando uma vivência a partir de novas reflexões sobre a experiência (p. 50).

Às vezes eu como rapadura mas só um pedacinho. (Margarida)

Como doce mesmo. Falar mentira não adianta, né. Então, é isso mesmo. O que eu posso fazer é tentar não comer. (Rosa)

Nesse caso, por exemplo, Rosa não havia dito durante a consulta que comia doces, mas o fato de ter percebido no grupo liberdade para falar disso fez com ela relatasse essa experiência, apesar de num momento anterior ter dado uma verdadeira aula sobre grupos de alimentos. O conhecimento a cerca da doença não foi capaz de superar essa contradição. No entanto, acredito que a inter-relação com outros possa transformar as pessoas e fazer com que elas superem a contradição. Segundo AZIBEIRO (1993), a interação, a relação entre as pessoas é capaz de transformá-las e de transformar também as relações estabelecidas e a própria realidade.

A produção do conhecimento, mais do que a formulação de estudos e teorias rigorosas, consolida-se no processo de construção dos próprios sujeitos de conhecimento enquanto agentes sociais em relação, relação mediatizada pelos saberes e instituições. Isto implica que os agentes desenvolvam compreensão, o enfrentamento e a superação das contradições emergentes em sua prática, o que pode redundar no crescimento da coesão,

da coerência e de sua autonomia própria, assim como na articulação coletiva com outros agentes. Nesta linha, o conhecimento não se reduz a formulação teórica dos problemas, mas sobretudo à superação prática das contradições enfrentadas, o que determina a mudanças qualitativa das relações humanas e sociais. (Fleuri, *apud* Azibeiro, 1993:67)

No conceito de ser humano, mencionei que este é influenciado pelo meio, principalmente quando as relações vão além do convívio, ou seja, quando passam também pela esfera do processo educativo.⁷ A ludoterapia é baseada na estrutura da personalidade e acredita que o indivíduo muda frente às forças psicológicas e ambientais que aparecem em sua vida. Essa mudança aplica-se também às respostas de comportamento, que parecem semelhantes dia após dia. São, às vezes, descritas como hábitos, mas hábitos desaparecem quando o indivíduo não sente mais a falta deles ou quando um tipo mais satisfatório de comportamento é encontrado (Axline, 1972).

Dessa forma quando promovemos a ludoterapia, existe uma inter-relação, que se dá através de um processo educativo, no qual cada participante pode contribuir mostrando tipos mais satisfatórios de comportamento. Dessa forma, cada um pode refletir e gradualmente substituir antigos hábitos por outros que lhe proporcionem maior satisfação.

1.3 A luta do dia a dia

Os discursos mostram que cuidar de si é uma tarefa árdua, não existindo ainda uma naturalidade no convívio com a doença. As palavras *sofrimento*, *dificuldade* e *privação* aparecem nos discursos mostrando o desprazer em relação à doença.

É muito difícil fazer a dieta, pois a gente é privado de muita coisa. (Hortênsia)

Às vezes é preciso deixar de ir numa festa, pois tudo que tem na festa a gente não pode comer. (Rosa)

Eu prefiro ir na festa, pois pelo menos eu vejo gente, converso. (Hortênsia)

⁷ ver Demo, 1985: 20

A dificuldade é o tempo, pra gente que trabalha fora fica difícil pois tem que comer o que tem. (Rosa)

Gostaria muito que a gente descobrisse um tratamento mais eficaz para o diabetes, tratar de outro jeito que não fosse insulina. Acho que todo mundo gostaria de ter um tratamento bom que não sofresse tanto quanto a gente sofre tomando insulina (Margarida)

SILVA (2000) relata que algumas pessoas diabéticas vêem sua vivência com diabetes como perda do prazer de viver. Isso se deve tanto pelas restrições alimentares exigidas como pelas limitações físicas muitas vezes surgidas.

Para a autora, a alimentação assume valor especial, principalmente em pessoas de meia idade e idosos, que tentam compensar a perda de outros prazeres decorrentes do envelhecimento (como a limitação para o trabalho ou sexo) através da alimentação.

Nesse estudo, fica bem claro que a privação alimentar dificultou também os relacionamentos sociais quando a pessoa relata que deixa de ir a uma festa para não ter de expor-se a alimentos que não possa comer. O alimento como confraternização está presente na nossa sociedade. No entanto, através da atividade, houve relato contrário, o qual pode fazer com que a pessoa reflita sobre esse comportamento, mudando através do convívio social, que lhe mostrará a experiência de pessoas pertencentes ao seu meio que têm outra forma de comportamento que pode ser mais satisfatório.

A esperança de que apareça um tratamento que não faça sofrer também é relatada. E por que ver a doença como sofrimento? Por que ver a doença como grande causadora de sofrimento? SILVA (2000) relata que é possível aos profissionais de saúde ajudar essas pessoas a encontrar outras fontes de prazer que possam levá-las à auto-realização.

Stork apud SILVA (2000), relata que é preciso aceitar o sofrimento como algo a ser encarado; é preciso perceber prazer naquilo que é possível, aprender a desfrutar de outros prazeres e chegar ao equilíbrio para encontrar a harmonia da alma.

Nesse sentido, a atividade lúdica pode proporcionar a inter-relação entre os participantes, em que alguns têm esse sentimento de desprazer mas outros tentam enfrentá-lo e transcendê-lo, e podem mostrar isso.

Além disso, há que se mencionar que além do desprazer referente ao fato de possuir a doença, existe também o desprazer ocasionado pelos próprios profissionais quando estes elaboram formas de atendimento que não visam à questão do prazer. Dessa forma, as atividades lúdicas são uma forma de aprender com prazer, e para que haja aprendizado o prazer é fundamental.

Para AZIBEIRO (1993), o prazer é visto como satisfação, como empatia. O prazer possibilita as relações, a comunicação. O prazer é visto como possibilidade de mudanças. O prazer faz fluir e torna disponíveis todo o potencial, todas as linhas de virtualidade. É por ele que a pessoa torna-se pronta e pode agir e reagir satisfatoriamente aos estímulos naturais e sociais, possibilitando também perceber e expressar de modo espontâneo os sentimentos e as emoções.

É impossível dizer se a ludoterapia faz com as pessoas sintam mais prazer de viver, mas é possível dizer que no momento do jogo, no momento em que estão se inter-relacionando, discutindo e buscando soluções, elas estão sentindo prazer. Esse prazer é demonstrado pelos risos, piadas, brincadeiras, pela não pressa de ir embora e também pelas palavras *quando venho aqui, esqueço de tudo* (Açucena). E por que não dizer que é possível levar esse prazer para a vida ou pelo menos fazer com que as pessoas percebam que o prazer existe e deve-se lutar para que ele esteja presente na vida.

2 Auto-estima

Um fator importante na vida das pessoas é o fato de se sentirem bem diante da vida. Isso motiva a enfrentar os problemas do cotidiano de uma forma mais tranqüila e segura, superando as dificuldades que se apresentam diariamente. Esse fator é ainda mais importante para a pessoa portadora de uma doença crônica. Para uma pessoa aderir ao tratamento e adequar-se à mudança de hábitos que a situação de saúde impõe, é necessário

que ela enfrente a sua nova situação com “alto astral” e auto-estima, incorporando que cabe a ela mesma o fato de cuidar-se. Os discursos mostram um misto de sentir-se feliz e não sentir-se feliz.

2.1 Eu sou feliz

O fato de sentir-se feliz refere-se muito à individualidade de cada uma e o fato não sentir-se feliz nem sempre está ligado a doença, mas também pode estar associado a problemas familiares, financeiros e outros. A felicidade depende de um “estado de espírito” cuja explicação é complexa. Sentir-se feliz é um sentimento subjetivo e individual. Para alguns ter casa, comida e família são fatores suficientes para ser feliz, ao passo que outros precisam de algo mais.

Nem tanto. Não sou. (Rosa)

Mas pra gente ser feliz, é preciso acreditar que é. (Açucena)

A pessoa tem que estar sempre se cuidando. Precisa estar feliz, animada. Se for diabético, então tem que ter força de vontade para fazer o tratamento, e para isso precisa estar de bem com a vida. (Hortênsia)

Ter mais coragem e vontade de viver porque aí eu vou ter mais ânimo para cuidar de mim. Se começar a desanimar, aí eu não vou cuidar mesmo. (Rosa)

Até que era pra eu ser feliz. Mas sabe o que atrapalha mais a minha vida? Eu tenho duas filhas maravilhosas mas o que atrapalha e faz a minha glicose subir é o neto que bebe e fica agressivo. Eu falo pra ele que é ele que faz a minha glicose subir. E fui eu que criei ele. (Açucena)

Eu sou feliz mesmo. Não esquento a cuca, não. Não adianta esquentar. Eu considero que sou uma pessoa feliz, mas muito feliz mesmo. Eu tenho casa, não sou solto, tô tranquilo, tô tranquilão. (Lírio)

Eu coloquei aqui uma gravura desse homem bem triste, porque tem mais é que ficar triste mesmo e desse outro sentado, pensando, porque tem mais é que pensar mesmo e não vai resolver nada. Mas depois eu coloquei esse aqui bem feliz, porque tem mais é que ficar feliz. Sem felicidade não resolve nada. Aí tem que encarar o tratamento, pegar remédio no posto, achar um tempo para fazer caminhada, para poder movimentar o corpo, o sangue.

No problema do diabetes não pode desanimar. Se você for sentar e pensar na vida, que não tem jeito, que não vai melhora, aí o negócio desanda. (Hortênsia)

Tem que sair, tem que movimentar o corpo pois esse negócio de ficar parado, sentado, pensando porque não resolve. (Hortênsia)

No caso de Açucena, não é somente a doença que lhe causa o sentimento de infelicidade, mas também o fato de ter alguém na família que cause preocupação. No caso de Lírio, ele relata um estado de realização em que ter casa e família faz com que ele se sinta feliz. Dessa forma, a felicidade depende da realização de cada um.

A ludoterapia se baseia na auto-realização que é uma corrida para a maturidade, independência e auto-direção. Tal corrida vai alcançar consumação, mas necessita de um bom terreno para que se desenvolva uma estrutura bem equilibrada. Uma planta precisa de sol, chuva, terreno rico e bom para atingir seu crescimento máximo. Assim também uma pessoa. Para atingir a satisfação direta desse impulso de crescimento, necessita de permissividade para ser ela mesma; da completa aceitação de si, tanto por ela mesma como pelos outros (Axline, 1972).

Crescimento é um processo de mudança em espiral, relativo e dinâmico. Experiências mudam a perspectiva e o foco do indivíduo. Tudo muda constatemente, desenvolve-se, e o indivíduo, frente a novas experiências, pode reorganizar-se e mudar suas atitudes (Axline, 1972).

O indivíduo, na sua integração com o meio, na interação com outros e com as novas experiências, tende a mudar. Tudo pode ser reorganizado, e por isso é relativo. As atitudes e os pensamentos do indivíduo estão sempre mudando frente às forças psicológicas e ambientais sobre ele. Essa característica da mudança aplica-se também as respostas de comportamento.

Foi essa relatividade que permitiu vislumbrar um elemento de esperança e uma maneira positiva de considerar os indivíduos, que desde o início pareciam derrotados. *Quando o indivíduo toma consciência do papel que pode desempenhar na direção de sua própria vida, e quando aceita a responsabilidade que acompanha a liberdade dessa*

autoridade- é aí que é capaz de fixar seu curso de ação com mais perfeição (Axline, 1972).

Dessa forma, através da ludoterapia pode-se trabalhar esse crescimento, pois através da brincadeira a pessoa liberta seus sentimentos, conscientiza-se deles, esclarece-os, enfrenta-os e aprende a controlá-los. Quando ele atinge estabilidade emocional, percebe sua capacidade para se realizar como um indivíduo, pensar por si mesma, tomar suas próprias decisões, tornar-se psicologicamente mais madura e, assim, tornar-se pessoa (Axline, 1972).

A ludoterapia permitiu que as pessoas expressassem suas opiniões e as colocassem à prova e que cada participante comandasse a situação e se sentisse estimulado a participar.

Além dos sentimentos de felicidade e infelicidade libertados durante a ludoterapia, outro sentimento muito relatado foi a raiva.

2.2 Sentir raiva

A palavra *raiva* aparece em praticamente todos os discursos acima. Sentir raiva de alguém, de alguma coisa ou de alguma situação é uma reação que o indivíduo desenvolve pelo fato de precisar de alguns cuidados diários que não podem ser deixados de lado, pois do contrário comprometerão sua saúde.

Tem dia que dá vontade de não tomar nada, de jogar tudo pro alto. Por que tenho que tomar isso todo dia? Mas depois acalmo, e esquecer até que eu não esqueço, não.
(Margarida)

Eu tenho uma raiva danada da agulha, mas tomo duas vezes por dia essa danada. Porque uma vez eu fiquei com tanta raiva de ter que tomar isso todo dia que eu parei por minha conta e levei tinta. Fui parar no hospital. Tava quase 500. Fiquei até internado. (Lírio)

Só se esquecer tudo. Quando eu estou com muita raiva, chateada por alguma coisa, eu saio andando, converso com uma pessoa, vou ouvir uma música. Às vezes choro a música toda. (Margarida)

Ah! Mas tem dia que eu tô com raiva de mim. (Açucena)

E o dia que a gente tá com essa raiva, com esse cansaço é que a gente vê que ela aumentou. (Hortência)

Essa reação pode acontecer quando um indivíduo encontra uma barreira que torna mais difícil para ele conseguir a completa realização de si mesmo. É formada uma área de resistência, atrito, tensão. O anseio para a auto-realização continua, e o comportamento do indivíduo demonstra que ele está satisfazendo sua aspiração interior através de luta exterior, para estabelecer seu conceito próprio no mundo e na realidade (Axline, 1972).

A ludoterapia é baseada no pressuposto de que o indivíduo tem dentro de si não só a capacidade de resolver os seus problemas satisfatoriamente, mas também um impulso de crescimento que faz o comportamento maduro mais satisfatório que o comportamento imaturo.

Esse tipo de terapia começa no ponto em que o indivíduo está e aí baseia-se o processo, permitindo mudanças durante o contato terapêutico. A velocidade da reorganização depende das experiências, atitudes, pensamentos e sentimentos.

A ludoterapia permite ao indivíduo ser ele mesmo, e por isso ele pode mostrar sentimentos como raiva e aceitar esse sentimento sem avaliação ou pressão para a mudança. Ele reconhece e esclarece atitudes emocionais. A ludoterapia oferece ao indivíduo a oportunidade de aprender a se conhecer, de traçar seu próprio curso abertamente e às claras. Oferece também a oportunidade de crescer sob melhores condições, de se libertar das tensões e frustrações e de conscientizar-se das poderosas forças que tem dentro de si e que estão lutando continuamente para seu crescimento, maturidade e realização (Axline, 1972).

A pessoa pode, através da brincadeira, expandir seus sentimentos acumulados de raiva, tensão, frustração, insegurança, agressividade e medo. Pode também, junto com os companheiros e profissionais, buscar soluções para a superação desses sentimentos.

3 O cuidar de si

Para falar desse cuidar de si, é preciso trazer de volta o conceito de autocuidado, que é a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar.⁸ O cuidar de si está relacionado à auto-estima, uma vez que pessoas que gostam de si mesmas sentem necessidade de autocuidar-se. No caso do cliente diabético, esse cuidar implica ações como a manutenção do peso ideal e práticas diárias de cuidado com a pele e com os pés.

3.1 CAMINHAR É PRECISO

A atividade física para o cliente diabético ajuda a queimar calorias, mantendo o peso ideal, e ainda melhora a circulação do cliente, prevenindo ou auxiliando nos problemas circulatórios, tão comuns a estes clientes. Além disso, a atividade física proporciona um momento em que a pessoa está se dedicando a ela mesma, o que ajuda a melhorar a auto-estima, bem como coloca a pessoa em contato com outros e com o ambiente.

Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 1996), tanto para indivíduos diabéticos como para não diabéticos, os principais benefícios das atividades físicas são: melhoramento do condicionamento físico, principalmente da capacidade cardio-respiratória, redução da gordura corporal, aumento da massa muscular e diminuição da tensão psicológica. Para os diabéticos, especificamente, os benefícios são: diminuição da glicose sanguínea, devido a melhora da ação da insulina, e aumento da captação de glicose pelos músculos do corpo.

As atividades físicas são benéficas para os diabéticos, mas alguns cuidados devem ser tomados para a sua prática.

Os clientes com glicose sanguínea acima de 250 mg/dl que têm cetonas em sua urina não devem começar os exercícios até que o teste de cetonas urinárias seja negativo.

⁸ Orem, 1971

Nesta situação, o nível de glicose sanguínea e de corpos cetônicos pode elevar-se ainda mais (Smeltzer & Bare, 1994).

Para fazer a caminhada, tem que ser com uma roupa adequada, confortável, num local plano. Se puder andar todos os dias, melhor, pelo menos uns 40 minutos. Eu, pelo menos, quando ando me sinto melhor. Eu chego em casa, tomo um banho, parece que eu não tenho nada. Eu tenho que caminhar. O dia que eu não caminho, eu sinto até dor nas costas, mas quando eu caminho me sinto bem. (Hortênsia)

A dificuldade pra caminhar é horário. Às vezes a pessoa quer fazer, mas não tem tempo, por causa de horário de serviço. (Filha da Margarida)

Ou então a pessoa mora num lugar muito acidentado. Aí tem que pegar ônibus para chegar num local plano. (Filha da Margarida)

Nesse momento, Hortênsia interrompeu, perguntando onde a filha de Margarida morava e começou a sugerir lugares próximos onde ela poderia caminhar. Chegou a mencionar até um parque que existe a pouco mais de 2 Km do lugar onde ela mora.

Eu não faço caminhada por causa do morro que tem prá chegar na minha casa. Eu ando muito é dentro de casa. (Açucena)

Mas a senhora tem que sair despreocupada, falar assim: agora eu vou caminhar, porque dentro de casa acho que não resolve muito. (Hortênsia)

A caminhada deve ser feita de manhã ou à noite. Eu não faço, como já falei, porque não tenho tempo de fazer. (Rosa)

A caminhada serve para raliar o sangue, queimar o diabetes. (Margarida)

Nesse caso, vemos que em alguns clientes a prática dessas ações ainda é algo distante. Por exemplo, no caso de Rosa, ela reconhece a importância da caminhada, mas não consegue colocá-la em prática, porque precisa trabalhar de manhã até tarde da noite para sustentar a filha. Nesse caso, existe um contexto social em que a dificuldade financeira faz com que o trabalho assuma uma prioridade em sua vida em detrimento do cuidar de si.

No caso de Hortênsia, ela já incorporou esse hábito da caminhada em sua vida e não o vê como sacrifício. Pelo contrário, sente falta da caminhada quando não é possível realizá-la; ou seja, sente-se melhor fisicamente quando caminha. É o exemplo típico da substituição de um hábito antigo por outro que lhe dá maior satisfação, concordando com Axline (1972).

O motivo pelo qual os outros participantes não realizam a caminhada deve-se mesmo à não incorporação dessa atividade como parte da vida, uma vez que não têm nenhuma limitação física para não fazê-la.

O fato de possuírem complicações cardiovasculares e/ou retinopatia poderia justificar as posturas de Açucena e Margarida. No entanto, SMELTZER & BARE (1994) ressaltam que as pessoas que apresentam complicações como retinopatia e doenças cardiovasculares devem ter suas práticas de exercícios modificadas para evitar agravos dessas complicações. Nestes casos, deve-se realizar exames médicos prévios para se decidir sobre um programa de exercícios que seja possível realizar. As autoras deixam claro, no entanto, que as atividades físicas, nestes casos, devem ser praticadas com moderação, e não evitadas.

A perda de peso em clientes obesos é fundamental no tratamento do diabetes. A prática de exercícios deve ser freqüente, ou seja, de cinco a sete dias por semana e na mesma intensidade (Silva, 1995).

Para os diabéticos do tipo 2, a atividade física regular, combinada com a perda de peso através da dieta, geralmente é suficiente para o controle do diabetes. No caso de o(a) cliente usar insulina ou hipoglicemiantes orais, a dose desses medicamentos poderá ser reduzida e, eventualmente, até mesmo retirada como resultado dos exercícios regulares e perda de peso. Uma outra vantagem do exercício físico para os diabéticos do tipo 2 é a diminuição da quantidade de colesterol e triglicérides no sangue, o que reduz o risco de doenças cardíacas (Brasil, 1996).

No que se refere à prática de atividades físicas por clientes diabéticos, algumas recomendações importantes são feitas por Carvalho (1988):

1. Iniciar os exercícios com carga moderada, aumentadas de forma progressiva e lenta.
2. Não se exercitar no pico de ação da insulina, para evitar hipoglicemia.
3. Não aplicar insulina nas regiões que participarão ativamente dos exercícios, para evitar que o aumento da circulação naquele local, provocado pela atividade física, promova entrada súbita de grande quantidade de insulina na circulação e, conseqüentemente, hipoglicemia.
4. Ficar atento para possível hipoglicemia, que pode ocorrer inclusive horas após a sessão de exercícios.
5. O exercício deve ser individual, pois cada pessoa tem um ritmo que deve ser respeitado.

Segundo SILVA (1995), para tratar casos de hipoglicemia que podem ocorrer durante a prática de exercícios, a pessoa deve sempre prevenir, carregando consigo algo que contenha açúcar, como bala, doces, suco de frutas ou qualquer outra fonte de carboidrato de fácil absorção.

A ludoterapia contribuirá para o crescimento e amadurecimento do indivíduo, levando-o a refletir e compreender sobre a importância da incorporação da caminhada em sua vida. Uma vez iniciada e incorporada a atividade física, eles podem perceber que sentem-se melhor caminhando, e dessa forma substituir a vida sedentária por uma atividade física desde que essa proporcione maior satisfação.

3.2 O cuidado do dia-a-dia

O cuidado do dia-a-dia é um requisito de autocuidado universal, ou seja, é comum a todas as pessoas. No entanto, o cliente diabético requer alguns cuidados especiais que precisam ser considerados. A figura 4 mostra uma das atividades realizadas para trabalhar o cuidado com os pés dos clientes diabéticos, através de rolos confeccionados pelos próprios clientes. Cada rolo é coberto com tecido, barbante ou lixa a fim de estimular a circulação sanguínea nos pés dos clientes.



Figura 4- Exercícios com os pés.

Dentre as complicações crônicas do diabetes estão a neuropatia e a microangiopatia. O cliente diabético pode perder a sensibilidade tátil e dolorosa, principalmente nos pés. Além disso, existe uma dificuldade de cicatrização, que pode fazer com que pequenos ferimentos compliquem, podendo levar até à amputação de membros.

Assim, alguns cuidados tornam-se fundamentais, como: corte adequado das unhas, hidratação da pele e uso de sapatos confortáveis que não machuquem, a fim de evitar ferimentos que possam se agravar. Pelo mesmo motivo, banhos muito quentes devem ser evitados, pois ao perder a sensibilidade, o cliente diabético pode não perceber a temperatura da água e, assim, ocasionar queimaduras. A hidratação da pele também é fundamental, a fim de evitar ressecamento que podem gerar rachaduras.

A água do banho não deve ser nem muito quente nem muito fria, pra não sapecar a pele. (Margarida)

O sapato tem que ser assim folgado. Não gosto de sapato apertado. Tem que ser folgado, pra não ficar dando calo nem ferimento no pé. (Lírio)

Eu uso aquele Dove, pra amaciar a pele. (Açucena)

É bom dar preferência para o sabonete branco, que tem menos composição. (Margarida)

Por causa da sensibilidade do diabético. Eu não tenho esse problema, mas pra quem tem às vezes a água está quente, e a pessoa acha que está fria. (Rosa)

Rosa ressaltou que gosta da água do banho bem quente, mas que vai tentar mudar esse hábito, a fim de preservar a sua pele.

A pessoa deve ter o cuidado de não machucar a pele, sempre usar um creme para hidratar (Margarida)

Na hora de tomar banho, lavar os pés bem lavadinho, secar entre os dedos, cortar as unhas retas e lixar os cantos, lixar o calcanhar bem devagarinho. (Margarida)

Secar entre os dedos bem, pra não dar frieira. (Rosa)

A gente estando com menos peso, o sangue vai circular melhor, tanto para a glicemia quanto para o colesterol. Se você está mais pesado, o sangue circula com maior dificuldade, então você precisa de uma dose menos de insulina. (Hortência)

As roupas devem ser folgadas. A meia não deve ter costura, pra não machucar o pé; deve ser de algodão, pra pele respirar melhor. (Rosa)

A meia proibida é $\frac{3}{4}$ de lycra, que aperta a pele. (Margarida)

Naquele momento, Açucena interferiu dizendo que ela usava a meia $\frac{3}{4}$ de lycra. Foi a filha quem deu a meia. Expliquei, então, que este tipo de meia prejudica a circulação e, no caso específico do(a) cliente diabético(a) deve ser evitada uma vez que este tem maior propensão a problemas circulatórios. Ou seja, neste caso foi descoberto um novo déficit de autocuidado no que se refere ao cuidado geral com o corpo, que é o uso inadequado da meia.

Eu guardo insulina na porta. (Lírio)

Não deve guardar na porta. Não sei por que, mas sei que não deve. (Rosa)

Expliquei que guardar a insulina na porta pode quebrar os cristais de insulina com o movimento constante da mesma.

Açucena começou a contar um caso sobre um episódio de ter quebrado a agulha dentro de sua perna. Disse que usava a agulha, nessa época, até um mês. Depois desse

episódio, percebeu que isso ocorreu pelo fato de a agulha estar muito rombuda pelo uso, o que dificultou sua saída da pele e gerou a quebra. A partir de então, passou a usar menos.

Rosa interrompeu dizendo que o ideal era usar sete dias.

Eu não sabia como é que usava insulina. Tomava de qualquer jeito, aplicava em qualquer lugar. (Lírio)

Mas o médico não orientou o senhor como é que usava? Nem a enfermeira? Eu, não. Desde o dia que eu fiquei sabendo que era diabética, a Marinês me explicou direitinho como é que tomava a insulina. (Rosa)

Quando eu fiquei internada eles não aplicavam direito. Deixavam a agulha deitada, não faziam a antissepsia do frasco nem da pele. Uma vez eu falei: Olha, nesse lugar aí não pode aplicar, não. (Rosa)

No grupo, a gente acaba aprendendo coisa nova. Há anos eu faço parte e sempre aprendo alguma coisa. Não vê a dona açucena, que comia rapadura, usava meia de nylon e guardava a insulina na porta da geladeira? São pequenas coisas que a gente precisa saber. (Rosa)

Um problema comum ao tratamento com insulina consiste em hipertrofia ou atrofia do tecido subcutâneo, provavelmente devidos a substâncias contaminantes que acompanham a preparação insulínica. O tratamento consiste na troca de insulina por preparações mais purificadas, as quais devem ser administradas no próprio local onde se desenvolve a lipodistrofia, sendo excelentes os resultados obtidos no Brasil (Brasil, 1993).

É importante realizar um rodízio nos locais de aplicação, a fim de manter a flexibilidade da pele, favorecendo a absorção da insulina e evitando o surgimento de lipodistrofias (Brasil, 1993).

Uma das etapas do nosso processo educativo consiste em observar a auto-aplicação da insulina em nossos clientes. Neste estudo, ao observar a auto-aplicação detectei déficits não somente na forma de preparo como também na mensuração da dosagem. Isso aconteceu com Açucena devido a sua diminuição da acuidade visual, sendo necessário

chamar a presença do neto, que é a pessoa que convive com ela. Dessa forma o neto foi orientado para a aplicação da insulina na avó.

Sobre a conservação da insulina, que também foi um déficit apresentado entre os(as) clientes, convém ressaltar que a insulina é um produto de boa estabilidade, que preserva sua ação biológica por dois anos, desde que adequadamente armazenada. A insulina é sensível a luz direta e a temperaturas muito baixas ou muito altas. O frasco em uso deve ser mantido na geladeira, na parte inferior, para evitar congelamento (Brasil, 1993).

Não deve ser conservada na porta da geladeira, pois constantes agitações podem quebrar os cristais de insulina, fazendo com que sua ação se torne ineficaz.

Nesse caso, foi possível, através da ludoterapia, detectar novos déficits de autocuidado que não haviam sido mencionados na consulta, apesar de terem sido perguntados. O fato de terem mencionado novas informações durante a atividade lúdica deve-se ao fato de terem sentido maior liberdade para fazer nesse momento. No caso, a atividade permitiu fornecer a esses clientes informações que ainda não tinham recebido ou se tinham não haviam incorporado. É sempre possível estar descobrindo coisas novas através da atividade lúdica, isso porque a quantidade de informações pode não ser totalmente captada se a pessoa tem algum déficit cognitivo.

4 É caro se cuidar

Quando falei do conceito de sociedade, ressaltai a desigualdade social, em que alguns têm na mão o poder e o dinheiro, mas a grande maioria fica exposta a um atendimento precário de saúde. Os medicamentos necessários muitas vezes não são encontrados nas farmácias de hospitais públicos, e o mais grave ultimamente tem sido os encaminhamentos para outros especialistas. No caso do diabético, por exemplo, a consulta com o oftalmologista e o ginecologista é fundamental para prevenção de complicações. No entanto, os clientes sempre relatam dificuldade de marcação dessas consultas nas

instituições públicas. Deve-se ressaltar ainda que os alimentos dietéticos oferecidos no mercado têm sempre preço superior quando comparado a um não dietético e que os alimentos ricos em proteínas como carnes, verduras e legumes, também apresentam preço superior que os ricos em carboidratos, como arroz, feijão e macarrão.

Produto diet tá fora de cogitação. É muito caro. Não dá pra comprar nem gelatina. Eu acho que eles aproveitam que a gente precisa dessas coisas. (Hortênsia)

Até o remédio, uma caixa de Amryl que eu comprei antes do aumento foi 25,00. Sempre eu pego aqui, mas aí não tinha, eu comprei. Agora, quem não tem condição não faz o tratamento de diabetes. Quem não tem condição, não dá pra fazer regime. A comida, só se comer só folha, virar lagarto, porque qualquer coisa diferente é o olho da cara. (Rosa)

No ginecologista, a gente tem que ir todo ano, mas não consegue marcar. Agora, vão ver se na segunda-feira eu madrugo aqui e consigo. (Margarida)

Esses discursos expressam a realidade vivida por um grande número de pessoas em nossa sociedade. O que não podemos deixar que aconteça é que essa dominação causada pela desigualdade social se repita no âmbito da saúde. Por isso, as instituições de saúde devem ter a preocupação de permitir a acesso por parte desiguais.

Não podemos resumir todos os problemas do diabetes à desigualdade social. No entanto, o diabetes é uma doença cara, e quando se orienta uma dieta hiperproteica há que se lembrar que as proteínas são os alimentos mais caros do mercado. Isso sem falar de alguns medicamentos que, quando não encontrados nas farmácias públicas, precisam ser comprados, o que se torna inviável para essa parcela da população, que mal consegue ganhar para o próprio sustento.

Segundo a ANAD (1997), o diabetes, especificamente quando mal controlado, representa um considerável encargo econômico para o indivíduo e a sociedade. A maior parte dos custos diretos do tratamento do diabetes relaciona-se com suas complicações, que muitas vezes podem ser reduzidas, retardadas ou evitadas.

Para SMELTZER & BARE (1994), o diabetes é uma doença crônica que requer cuidados especiais de autocuidado. A dieta, as atividades físicas e o uso da medicação são

fatores que interferem no controle do diabetes. Essas pessoas, além de aprender habilidades de autocuidado, para evitar aumentos ou diminuição da glicose sanguínea, devem aprender habilidades de autocuidado e também incorporar em seus estilos de vidas muitos comportamentos preventivos, a fim de evitar as complicações a longo prazo do diabetes.

O descontrole da doença e suas complicações podem ser prevenidos quanto mais e melhor informados e capacitados estiverem os pacientes e suas famílias. A orientação do diabético e sua família deve ser tão envolvente que eles convertam-se em participantes ativos no controle da doença e na prevenção das complicações agudas. Assim é que a motivação dos envolvidos (paciente, família e profissional) torna-se fundamental para a adesão ao tratamento e certamente para a adaptação ao novo estilo de vida (Lima, 1988), e essa motivação pode ser conseguida através da ludoterapia.

A ludoterapia foi utilizada nesse trabalho como uma tecnologia de apoio ao processo educativo do cliente diabético para o autocuidado. Ela foi baseada no trabalho em grupo de cliente diabéticos através de jogos educativos, elaborados a partir de déficits de autocuidado detectados durante uma consulta de enfermagem prévia.

Com essa ótica, a ludoterapia promoveu a inter-relação entre os participantes e apoiou-se em uma concepção de sujeito entendido como o emergente de uma complexa rede de vínculos e relações sociais. O sujeito é, social e historicamente, produzido em constante dialética com o ambiente em que vive e com a sociedade a qual pertence.

Ao ressaltar a importância da inter-relação entre os sujeitos, a ludoterapia trouxe a oportunidade de intercâmbio entre os participantes, com trocas de experiências vivenciadas, uma leitura crítica da realidade e uma busca da superação de conflitos.

Ao promover as atividades lúdicas, não importou somente o produto (este não deve ser negado) mas, principalmente, o processo que pode possibilitar a mudança gradativa dos sujeitos. Foi uma ação formadora para a vida, rejeitando a simples transmissão de conhecimentos e valorizando muito mais a troca de experiências. Nessa perspectiva, o que importou foi perceber nos clientes uma capacidade de compreensão e um

comprometimento com a transformação da realidade. Isso envolve mudanças e pressupõe pessoas articuladas entre si, no contexto no qual estão inseridas.

O compartilhar das necessidades trouxe à tona conflitos vivenciados que são reflexos dos obstáculos que cada um encontra e que precisam tornar-se conhecidos para serem superados. A mobilização desses conflitos é importante, uma vez que a presença deles impede a mudança, e quando a pessoa passa a conhecê-lo a superação torna-se mais fácil.

Ainda através da ludoterapia, podem-se criar vínculos, e estes, de acordo com Gayotto (1995), é uma estrutura complexa de relações interpessoais que envolve comunicação e aprendizagem. No interjogo das pessoas estão presentes também as relações e as fantasias dos outros, expressas nesses encontros.

O grupo se constrói em um caminho dialético de produção. Há um processo em permanente interdependência e mútua reciprocidade das pessoas na ação, e a transformação decorre de mudanças, através de processos progressivos e regressivos das pessoas, articulados aos objetivos a serem atingidos pelo grupo.

A ludoterapia mostra-se adequada para qualquer contexto, desde que se respeitem a faixa etária dos clientes e a limitação física e cognitiva de cada um. Deve-se, portanto, escolher jogos que não infantilizem e a pessoa. O jogo deve ter outros objetivos que não à infantilização.

Os encontros desenvolvidos a partir de dinâmicas lúdicas podem ser vistos como processo de cuidado, na medida em que elas estão diretamente ligadas à prática educativa da(o) enfermeira(o). Como prática educativa, a atividade lúdica auxilia o(a) cliente a tomar consciência da realidade e de sua própria capacidade de transformá-la; ou seja, o cliente é visto como parte integrante do processo, dele participando de forma ativa.

A atividade lúdica desenvolve nas pessoas a capacidade de conhecer as causas de seus problemas e direciona para um caminho de enfrentamento, quando desperta no cliente o desejo e a percepção da necessidade de mudança. Como as atividades são planejadas de

acordo com as necessidades dos clientes, ou seja, partindo da realidade deles, ela tenta reforçar conhecimentos aprendidos, reformular a compreensão que têm da realidade ou mesmo apresentar conhecimentos novos nunca antes adquiridos.

O processo se dá informalmente, de maneira dinâmica e contínua, fazendo com que cada cliente desenvolva as suas potencialidades, reforçando sua capacidade de enfrentamento (Axline, 1972). Isto se dá na medida em que os(as) clientes compartilham suas vivências e saberes, e dessa forma os déficits apresentados por um determinado cliente podem ser superados quando outro(a) cliente apresenta competência para este mesmo déficit.

Dessa forma, acontece uma propagação de conhecimentos, que irão servir para a vida cotidiana dos(as) clientes, e o melhor: a experiência foi vivenciada e relatada por um(uma) dos(as) componentes do grupo que vive a mesma problemática, e não pelo(a) profissional que, apesar do conhecimento que possui, não vivencia a experiência. Dessa forma, se uma atitude ou comportamento for mostrada por um dos componentes do grupo, ela poderá fazer com que outro cliente reflita sobre as suas atitudes e comportamentos diante da doença, permitindo uma mudança que, segundo Axline (1972), acontece quando um outro tipo de comportamento se mostrar mais satisfatório.

Outro aspecto importante observado durante a atividade é o fato de ela acontecer de forma descontraída e grupal. Como se trata de conteúdos “pesados”, pois o assunto é doença, é preciso mostrar aos clientes que o fato de ter diabetes implicará mudança de hábitos, mas que isto deve ser visto como a possibilidade de buscar formas mais saudáveis de vida, e não como o fim da vida. Assim, o processo educativo acontece de forma mais natural e prazerosa. Como relata AZIBEIRO (1995), as relações de prazer devem estar presentes no processo educativo.

Em vários momentos da atividade, foram observadas gargalhadas, mostrando que quando o processo se dá de uma forma descontraída os clientes se sentem mais estimulados a participar. O lúdico proporciona a possibilidade de entretenimento, e como em qualquer jogo faz com que cada participante seja importante para o seu andamento. Existe, então, uma maior liberdade para que cada cliente fale de sua problemática específica.

Há, ainda que mencionar que a integração dos(as) clientes se deu de maneira efetiva quando estes(as) permaneceram trocando suas experiências mesmo após o término da atividade. Assim, os(as) clientes conversaram sobre a problemática da dificuldade de marcação de exames e consultas e de aquisição de determinados medicamentos. Dessa forma, cada um contribuía quando sabia de lugar ou maneira mais fácil para a realiza-los.

A atividade educativa baseada em dinâmicas lúdicas pode fornecer aos(às) clientes diabéticos instrumentos para que construam seu conhecimento e, assim, decidam sobre a própria vida. Isto se dará quando cada cliente se sentir parte do processo.

O planejamento e a implementação das atividades lúdicas requerem que a(o) enfermeira(o) conheça os déficits de autocuidado dos clientes. Dessa forma, ela(e) deve atuar no sentido de promover a superação deles para que haja a satisfação das exigências de autocuidado identificadas. Dessa forma, inicialmente, a competência de autocuidado será estimulada pela(o) enfermeira(o) ou por outro(a) cliente que apresente competência para aquele déficit trabalhado. Mas, após a instrução, cada cliente deverá ser capaz de exercer ações de autocuidado que irão satisfazer suas exigências e irão torná-lo(a) cada vez mais independente para o autocuidado.

Capítulo V

Considerações Finais

A ludoterapia, segundo Axline (1972) auxilia a pessoa a crescer e, através do crescimento, atingir maturidade e auto-realização tomando “as rédeas” da própria vida. Quando a pessoa atinge essa maturidade, ela sente-se responsável pelos seus atos e, na busca para a auto-realização promove mudanças, que são gradativas, cuja velocidade vai depender de cada um. As mudanças da pessoa, quando auxiliada, serão sempre no sentido de buscar comportamentos que lhes dê maior satisfação. Dessa forma, a pessoa pode perceber a importância de cuidar de si própria, ou seja, de se autocuidar.

Os seres humanos apresentados neste trabalho são como os descritos por Orem, Açucena, Lírio, Margarida, Rosa e Hortênsia, apesar de terem nomes de flores, são seres humanos que têm necessidades de autocuidado, mas também possuem habilidades para cuidarem de si. Eles(as) estão intimamente ligados(as) a um ambiente, formando com este um todo integrado relacionado ao autocuidado. As famílias destes(as) clientes também formam com eles um todo, na medida em que influenciam no tratamento, seja através de informações ou de apoio dado ou ainda na ajuda ao autocuidado, como é o caso de Açucena, que depende do neto para a aplicação da insulina e para o reconhecimento e tomada de atitude no caso de complicações agudas. A sociedade à qual essas pessoas pertencem pode também condicionar comportamentos e atitudes e influenciar na vida como o todo. O fato de pertencerem a uma sociedade desigual não pode ser deixado de lado, uma vez que interfere na possibilidade de ter uma vida melhor e mais recursos financeiros para cuidarem de si.

Incorporar as medidas de autocuidado é fundamental para os clientes deste estudo e também para todos os clientes diabéticos, uma vez que proporcionará a eles manter a quantidade e a qualidade de vida de uma forma o mais independente possível.

Sobre a demanda terapêutica de autocuidado foi observado neste trabalho que, apesar de os(as) clientes apresentarem mais de dois a cinco anos de diabetes, muitas medidas de autocuidado fundamentais ainda não foram incorporadas, e por isso vários déficits foram observados e precisaram ser trabalhados.

No que se refere à competência para o autocuidado, observei que cada cliente possui uma competência específica; ou seja, a competência apresentada por um não é a mesma de outro, e por isso trabalhar os déficits em grupo através da dinâmica auxiliou os clientes a “trocarem entre si” suas competências, não havendo tanta necessidade de interferência por parte da enfermeira. Essa competência foi variável de acordo com o grau de instrução de cada cliente, de aceitação da doença e de exposição a influências externas. Pude perceber que realmente as crenças, os valores e atitudes do(a) cliente estão diretamente relacionados com sua competência em desenvolver o autocuidado.

Portanto, considero que os conceitos de Orem sobre autocuidado, ser humano, ambiente, sociedade, demanda de autocuidado e competência para o autocuidado foram operacionalizáveis no que se refere à assistência de enfermagem junto a clientes diabéticos.

Considero que os objetivos deste trabalho foram alcançados, lembrando que a intenção foi refletir como a ludoterapia pode contribuir no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado. Não posso afirmar se os clientes deste estudo incorporaram mais o autocuidado se comparado a outros clientes, pois isso necessitaria de um trabalho com um acompanhamento muito mais contínuo e prolongado do que o apresentado. No entanto, apresentei aqui vários aspectos importantes de contribuição da ludoterapia no processo educativo do cliente.

Os déficits de autocuidado encontrados poderiam ser previstos e até descritos por alguns autores. No entanto, o inovador deste trabalho é a forma como se organizou dentro do processo de enfermagem proposto por Orem; ou seja, a determinação de déficits de autocuidado através da consulta de enfermagem e a utilização da ludoterapia no processo educativo do cliente diabético para o autocuidado.

A principal contribuição deste trabalho para a assistência de enfermagem é a validação das atividades lúdicas como uma forma de se trabalhar déficits de autocuidado, seja com clientes diabéticos ou outra clientela; para o ensino, é estimular os cursos de graduação a desenvolverem esse tema em seus currículos; e para a pesquisa, é incentivar a realização de trabalhos utilizando técnicas lúdicas, como fundamentação teórica e prática na assistência de enfermagem.

A atividade lúdica permitiu a criação de um contexto educativo e promoveu a inter-relação entre os participantes. Dessa forma, posso dizer que a ludoterapia garantiu a operatividade do grupo. Na prática, chamamos de grupos operativos qualquer conjunto de pessoas que se reúnem para discutir sobre determinado assunto. No entanto, para que ele seja operativo, de acordo com GAYOTTO (1996), ele precisa surgir das necessidades dos integrantes, o que determina a existência de objetivos. O compartilhar necessidades em função de um objetivo comum é um processo contraditório que faz surgir obstáculos nas relações interpessoais e no conhecimento elaborado pelos integrantes. Os obstáculos precisam tornar-se conhecidos para serem resolvidos na ação dos integrantes.

O grupo operativo, ainda segundo GAYOTTO (1996), deve estar centrado em alguma tarefa, que neste caso foram as atividades lúdicas, sendo destinadas à conquista de objetivos comuns. Esse processo rompe a maneira de pensar divorciada do fazer, e seu significado mais profundo é a possibilidade de intervenção que facilita a mudança. Um grupo no qual as necessidades tornam-se comuns cria vínculos de intensa reciprocidade entre seus integrantes.

Em suma, a ludoterapia:

- promove um contexto educativo onde há a interrelação dos participantes partilhando-se dessa forma, as vivências angústias e conflitos;
- é baseada no fato de que a pessoa luta constantemente para a sua auto-realização e para alcançá-la precisa promover mudanças sobre si e sobre a realidade, para o que contará com o apoio e as experiências de outras pessoas

que a façam refletir sobre a necessidade de mudança para se ter uma vida melhor;

- mobiliza os conflitos e as dificuldades que surgem no decorrer do tratamento, e estes, uma vez conhecidos, poderão ser gradativamente superados;
- proporciona a operatividade do grupo em que saltos qualitativos serão dados pelos participantes quando estes conseguirem se apropriar do conhecimento e da superação de conflitos, que dificultam o aprendizado e a incorporação de medidas de autocuidado;
- promove um ambiente descontraído, livre de pressões, que faz com que cada um se liberte de medos e partilhe de sua problemática com os outros participantes; e
- faz com que o processo educativo ocorra com prazer, tornando-o mais agradável e mostrando a necessidade de buscar prazer na vida e nas relações.

Referências Bibliográficas

ALMEIDA, P.N. *Dinâmica lúdica: Técnicas e jogos pedagógicos para escolas de 1º e 2º graus*. São Paulo: Edições Loyola, 1984. 148p.

AMERICAN DIABETIC ASSOCIATION – ADA. *Foot care with diabetes mellitus*. [s.l:s.n.], 1999. Disponível na Internet : www.diabetes.org, em nov/99.

ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA AO DIABÉTICO – ANAD. *Consenso brasileiro de conceitos e condutas para o diabetes mellitus*. São Paulo:1998. Disponível na Internet: www.compusea.com.br/anad, em nov/99.

AXLINE, Virgínea Mae. *Ludoterapia*. Belo Horizonte: Interlivros, 1972.

AZIBEIRO, Nadir. *As relações de saber, poder e prazer na prática educativa*. Florianópolis, 1993. (Mestrado em educação) - Programa de Pós Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina.

BARBANTI, E. J. A criança e o brinquedo: uma relação importante. *Rev. Paul. Educ. Fis*; 3(4):3. 1989.

BOMTEMPO, E. Brinquedoteca: uma alternativa de ensino e pesquisa: In: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia. 26º Simpósio Brasileiro de Pesquisa e Intercâmbio Científico: anais. Gramado, ANPEPP, 1989. p. 389-91.

BONOMO, E. ; DINIZ, M. I. ; RABELO, S. E. ; SALOMON, I. M. M. ; TEIXEIRA, J. S. Diabetes e Gravidez. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 6, n. 4, p. 47, dez. 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. *Manual de diabetes*. Brasília: 1993.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Doenças Crônico Degerativas. *Orientações básicas para o diabético*. Brasília: 1996.

BRASIL - Ministério da Saúde. *Diabetes mellitus: Guia Básico para diagnóstico e tratamento*. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação de Doenças Crônico-Degenerativas. Secretaria de Projetos Especiais de Saúde. *Vamos pegar no pé: com amor e carinho*. Brasília: 1998.

BROEKGAARDEN, R. and others. *Playtherapy with the mentally retarded*. The Nethenlands, Amsterdam, september, 12-14, 1985.

BROOKS, A; BENJAMIN, B. J. The use of structured role play therapy in the remediation of gramatical déficits in language children: three case studies. *Journal of Childhood Communication Disorder*. V.12,n.2, p. 171-86, spr-sum, 1989.

CARVALHO, R.M.L. *Ludoterapia psicanalítica com crianças e adolescentes institucionalizados*. Campinas. 1992. Faculdade de Ciências Médicas Universidade Estadual de Campinas. (Tese de doutorado)

CARVALHO, T. Exercício físico e diabetes. In: 2º Encontro Nacional de educação em Diabetes, 1988, Florianópolis, 169p, p. 55-58.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM-COFEN. *Código de ética dos profissionais de enfermagem*. Rio de Janeiro, 1993.

- COSTA, A. A. & NETO, J.S.A. *Manual de diabetes: alimentação, exercícios e medicamentos*. São Paulo: Sarvier, 1992.
- DAMACENO, L. *Educação em diabetes*. Vitória: Gráfica Ltda, 1987. 104p. cap.3, p. 38-42:
- DEMO, P. *Sociologia: uma introdução crítica*. 2. ed. São Paulo: Atlas, 1985.
- DINELLO, D.R. *A expressão lúdica na educação na infância*. 4.ed. Santa Maria: Pallotti, 1985.
- DYTZ, J.; LYNN G.; CRISTO, R.C. A ludoteca como espaço para uma nova abordagem de educação em saúde. *Rev. Bras. Enfermagem*, v.48, n.2, p.134-9, abr.-jun. 1995.
- DWIVEDI, K.N. Play, activities, exercises and games. In: KINGSLEY, J. *Work with children and adolescents: a handbook*. Book Chapter, 1993, p.117-35.
- FRIEDMANN, A. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. São Paulo: Scrita; 1992. 269 p. ilus.
- LIMA, M.G. Métodos de Ensino a serem Utilizados. In: 2º Encontro Nacional de educação em Diabetes, 1988, Florianópolis, 169p, p. 31-35.
- LINDQUIST, Ivonny. *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. São Paulo: Página Aberta, 1993. 141 p. ilus.
- MANZOLLI, Maria Cecília. *Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos*. 2. ed. São Paulo: Sarvier, 1987.
- FOSTER, P.C.; JANSSENS, N.P.D. In: GEORGE, J.B. *Teorias de enfermagem: os fundamentos para a prática profissional*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993. 338p. p. 90-107.

- FRAGA, A.J.; SILVA, A.N.; KUSTER, V. *Do hospital ao domicílio: o autocuidado do cliente diabético no hospital universitário*. Florianópolis, 1998. (Relatório de conclusão do curso de graduação em enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina.
- FRANKENFIELD, P.K. The power of humor and play as nursing interventions for a child with cancer: a case report. *J. Pediatric Oncol. Nurs.*, v. 13, n.1, p.15-20, jan. 1996.
- FRIEDMANN, A. *O direito de brincar: a brinquedoteca*. São Paulo; Scrita; 1992. 269 p. ilus.
- GAYOTTO, M.L.G; DOMINGUES, I. *Liderança: aprenda a mudar em grupo*. Rio de Janeiro: Vozes, 1996.
- GELAIN, I. *Existência e liberdade: fundamentos para uma visão existencial da ética*. Rio Janeiro, 1979. Rio de Janeiro. Instituto de Filosofia e Ciências Sociais, Universidade Federal do Rio Janeiro. (Dissertação de Mestrado)
- GEORGE, J. e Col. *Teorias de enfermagem*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.
- GEREMIAS, R; VIEIRA, S. A. *Orientando o autocuidado segundo Dorothea Orem: um incentivo ao cliente crônico*. Florianópolis. 1996. (Relatório final de conclusão de curso de graduação em Enfermagem)–Universidade Federal de Santa Catarina.
- HANESTAD, R.B. Insulin-dependent diabetes mellitus and quality of life–A theoretical analysis. *Scand Journal Caring Science*, v. 3, n. 3, 1989.
- HUIZINGA, Johan. *Homo Ludens*. 4. ed. São Paulo: Perspectiva, 1996.
- JADINSKY, M. *Educação em diabetes*. Vitória: Gráfica Ltda, 1987. 104p. cap. 1, p. 11-14.
- JALHN, S. M. *Jogo sociodramático: importância na educação do pré-escolar*. São Paulo: Vetor, 1992. 155 p.

KAMII,C; DEVIRIES,R. *Jogos em grupo na educação infantil*. São Paulo: Trajetória Cultural, 1991.

KAMIYAMA, Y.O. *O doente hospitalizado e sua percepção quanto à prioridade de seus problemas*. São Paulo. 1972. – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. 111p. (Doutorado em Enfermagem)

KELLY, M. M. Play terapy with sexually traumatized children: factors that promote healing. *J. Child. Sex. Abuse.*, v.4, n.3, p. 1-11. 1995.

KIM, V.T. et al. *Effects of symbolic play with children who have mental retardation*, v. 27, n. 3, p. 159-65. Jun. 1989.

KOTMAN, T. et al. Activity therapy: na alternative therapy for adolescents. *Journal of Humanist Education and Development*, v. 25, n. 4, p. 180-86, jun. ,1987.

LAGANA, M.T.C. Educação para a saúde ou saúde para a educação? *Boletim Informativo ENC*, v. 6 n. 2, p. 48-54, nov/dez. 1989.

LEIF,J.; BRUNELLE, L. *O jogo pelo jogo*. Rio de Janeiro: Zahar Editores.1976. 178p.

LINDQUIST, I. *A criança no hospital: terapia pelo brinquedo*. São Paulo: Página Aberta, 1993. 141 p. ilus.

LUCE, M. et al . O preparo para o autocuidado de cliente diabético e sua família. *Revista Brasileira de Enfermagem*. Brasília: v. 43, n. 1,2, 3/4, p. 36-43, jan-dez, 1990.

MACLUHAN,M. *Os meios de comunicação com extensões do homem*. 3. ed. São Paulo: cultrix, 1971.

- MANZOLLI, M.C. *Relacionamento em enfermagem: aspectos psicológicos*. São Paulo: Sarvier, 2. ed, 1987.
- NETO, R.S.^a et al. *Manual de diabetes de Joslin*. São Paulo: Roca, 1983.
- NEVES, E.P. Reflexões acerca dos conceitos de autocuidado. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 21, n. 3. p. 234-241, dez. 1987.
- OREM, D. *Nursing: concepts of practice*. N.Y: Gra-Hill Book, 1971, 231p.
- OREM, D. *Nursing: concepts of practice*. 3 ed. New York: McGra-Hill, 1985.
- PAPY, F. Math play therapy. CSMD. Mathematics for the Intermediate Grades. DHEW, Washington, DC. 1988. v.II, 129p.
- PATRÍCIO, Z.M. *Consulta de enfermagem: do estudo de viabilidade a metodologia*. Florianópolis. 1990. Trabalho apresentado no curso de especialização em Enfermagem do Trabalho. (MIMEO).
- PEREIRA, C.B.M. *Diretrizes programáticas para o ensino no autocuidado do diabético*. Rio de Janeiro. 1980. Escola Ana Neri da Universidade Federal do Rio de Janeiro. 308p. (Dissertação, Mestrado em Enfermagem)
- PIERRI, S. A; KUDO, A. M. Brinquedos e brincadeiras no desenvolvimento infantil In: KUDO, A.M; MARCONDES, Eduardo; LINS, Maria Lea Ferreira; MORIYAMA, L. T; GUIMARAES, M. L. L. G; JULIANI, R. C. T. P; PIERRI, S. A. *Fisioterapia, fonoaudiologia e terapia ocupacional em pediatria*. Sarvier, 1990. p. 297-305, (Monografias Médicas: Pediatria, 32).

- RABELO, S. E.; SOARES, S. M. A prática educativa do enfermeiro na assistência primária de saúde. In: II SEMANA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA DAUFMG, 1993, Belo Horizonte. *Caderno de Resumos*. 139 p. p. 10. (Poster)
- RABELO, S.E., PADILHA, M.I.C.S. A atividade lúdica no processo educativo do cliente diabético. *Revista Texto & Contexto* , n. 9, v. 3, set/dez. 1998
- RITTER, R.S.; FOKES,J.; *Applying play to therapy*. Paper presented at the Annual Convention of the American Speech–Language Hearing Association (12 th, Washington, D.C.) November, 22-25, 1985.
- ROSAMILHA, N. *Psicologia do jogo e aprendizagem infantil*. São Paulo: Pioneira, 1980.
- SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. *Desafios e enfrentamentos: um modelo de prática de enfermagem para indivíduos em condição crônica de saúde*. Florianópolis. 1990. Curso de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. (Mestrado em Enfermagem)
- SILVA, Denise Maria Guerreiro Vieira. *A construção da experiência de viver com diabetes Mellitus*. Florianópolis. 2000. Curso de Pós graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina. (Doutorado em enfermagem)
- SMELTZER,S.C.e BARE,B.G. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1993. V.3.
- SOARES, S. M.;RABELO, S. E. Iniciação Científica–Experiência com discentes da escola de enfermagem da UFMG de 1987 a 1992. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 45, Recife, 1993, Programa. 53 p. p.50. (Tema Livre)

- SOARES, S. M.; RABELO, S. E. Fitoterapia e diabetes– Resultados Preliminares. In: ENCONTRO DE PESQUISA DA ESCOLA DE ENFERMAGEM DA UFMG, VI, 1996, Belo Horizonte. 32 p. p. 28. (Poster)
- SOARES, S. M.; RABELO S. E. Fitoterapia e diabetes mellitus– Onde está o problema? In: Congresso Brasileiro de Enfermagem, 48, 1996, São Paulo, 532p. p. 38. (Tema Livre)
- STEPHENSON,C. Use of drama. In: KINGSLEY, J. *Group work with children and adolescents: a handbook*. Book chapter, 1993. p. 170-82.
- TAUTOM, J. Managing activity in patients who have diabetes. *Journal Phisician and Sportmedicine*. 23 (3), p. 41-52, mar, 1995.
- TEIXEIRA, J. S.; DINIZ, M.I.; RABELO, S.E.; SALOMON, I. M. M. Programa de Educação Sistematizada do Cliente Diabético. *Revista Médica de Minas Gerais*, v. 6, n. 4, p.44, dez. 1996.
- THOMPSON, R.M. Documenting the value of play for hospitalized children: challeng in playing the game. *ACCH Advocate*, v. 2, n. 1. p. 11-19. 1995.
- ZAGURY, L.; ZAGURY,T. & GUIDACCI,J. *Diabetes sem medo*. 4. ed., Rio de Janeiro: Rocca, 1987.
- ZANETI, M.L. *Papel educativo do enfermeiro e o locus de controle da pessoa diabética*. Ribeirão Preto.1990. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 121p. (Mestrado em Enfermagem)
- WORTY, M. K. The use of playroom as nursing intervention with early adolescents age group. *J. Child. Adolesc. Psychiatr. Nurs.*, v.7, n. 4, p. 38-43, oct-dec. 1994.

ANEXO 1

ROTEIRO PARA SUBSIDIAR UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM A CLIENTES DIABÉTICOS

I-FATORES PESSOAIS

Nome	nº Pront
Naturalidade	Idade
Situação conjugal e de moradia	Nº filhos
Escolaridade	
Profissão/ocupação	

Motivo

- 1☐ Há quanto tempo faz parte do grupo?
- 2☐ Quem encaminhou?
- 3☐ Há quanto tempo descobriu que tem diabetes?
- 4☐ Há quanto tempo controla?
- 5☐ Tem história familiar de Diabetes Mellitus ?

Conhecimento sobre diabetes

O que você gostaria de saber sobre DM?

Quais os sinais e sintomas mais frequentes? Quando ocorrem?

O que você faz quando aparece um desses sinais e sintomas? O que faz para preveni-los?

Você sabe o que é hipoglicemia? E hiperglicemia? O que faz nesses casos?

Você sabe a causa dessas complicações?

Incorporação das medidas de autocuidado

Referentes aos requisitos de desvios de saúde

O que utiliza para avaliar a glicemia: glicosúria ou glicemia capilar? Com que frequência?

Qual o tratamento faz para controlar o diabetes:

Sobre a dieta

quem orientou, há quanto tempo, quantas refeições, o que come

Sobre a atividade física

qual, frequência

Sobre o medicamento

qual a dose, em que horário, quem aplica ou administra, como conserva

E as complicações crônicas?

Apresenta alguma diminuição da capacidade auditiva, visual, tátil ou falta de sensibilidade?

Tem algum problema de cicatrização? Ferimentos ? Cãimbras? Dores ou inchaço nas pernas? Varizes?

Possui outra doença?

Faz ou já fez tratamento para outra doença? Há quanto tempo?

Referentes aos requisitos de autocuidado universais

Quantos copos de água bebe por dia?

Como funciona o intestino?

Quantas horas de sono dorme por dia? Sono tranquilo?

Houve alguma mudança no seu relacionamento conjugal ou sexual após o diagnóstico de DM?

Considera-se nervoso, preocupado, ansioso, com medo? De quê? Faz uso de tranquilizantes ou algum outro remédio? Em que horário? Quem prescreveu?

Gostaria de um acompanhamento psicológico?

Como se sente em relação a DM?

Está feliz? O que falta para sentir-se feliz?

Recebe apoio da família ou de amigos?

Riscos à vida e ao bem estar

Ingere bebida alcóolica? Há quanto tempo? Quantidade e frequência.

Tem algum outro vício?

É fumante? Quantos cigarros fuma por dia?

Tem outro vício?

Existe algum fator que dificulte sua adesão ao tratamento?

Curiosidades

Fale sobre o que você acha das atividades educativas realizadas neste ambulatório?

Condições físicas do cliente

Peso altura P. A. Glicemia glicosúria cetonúria

Condições da pele e mucosas

Perfusão capilar

ANEXO 2

DÉFICITS RELACIONADOS COM OS REQUISITOS DE AUTOCUIDADO REFERENTES AOS DESVIOS DE SAÚDE COLETADOS DURANTE AS CONSULTAS DE ENFERMAGEM

QUADRO I – CARACTERÍSTICAS DAS REFEIÇÕES DIÁRIAS REALIZADAS PELOS CLIENTES

REFEIÇÕES DIÁRIAS/ O QUE COME	Fatores Inter-relacionados	Déficit Observado
<p><i>Faço 4 refeições diárias: café da manhã é café com leite e pão com manteiga; almoço é o que tiver, janta a mesma coisa. (Rosa)</i></p>		
<p><i>Quem orientou a dieta foi o médico. Eu tomo café, almoço, lanche e janta. Almoço e janta é na base de legume cozido, não como doce. (Margarida)</i></p>	<p><i>Quando estou nervosa acabo alimentando demais. (Margarida)</i></p>	<p>Alimentar demais para compensar o nervosismo</p>
<p><i>Oh, verdura pode ser à vontade mas legume não é todo legume, né. Eu como alface, couve, xuxu, eu adoro muito a cenoura mas tem que ter a quantidade. (Ortência)</i></p>		<p>Horários e número das refeições irregulares.</p>
<p><i>De manhã quando eu saio às 5 horas eu tomo café puro, eu não como nada aí eu vou comer qualquer coisinha já é lá pras 7 horas: um copo de leite, lá pras 10 horas tomo outro e como um salgado. Depois lá pras 2 e tanto é que eu vou almoçar em casa. Aí depois eu só janto ou então nem janto. (Lírio)</i></p>	<p><i>Levanto muito cedo. (Lírio)</i></p>	<p>Consumo de alimentos que devem ser evitados como frituras e salgados.</p>
<p><i>Eu como muito pouco. O café da manhã é café com leite, almoço é arroz com feijão, carne e verdura. Como fruta ou biscoito no intervalo, não janto. Se como angu não como arroz. Eu tomo muito é leite, tomo quase 1 litro de leite por dia. (Açucena).</i></p>	<p><i>Porque quase não tenho fome de comida. A minha alimentação é só leite. (Açucena).</i></p>	<p>Falta de apetite.</p>

QUADRO II – USO E CONSERVAÇÃO DOS MEDICAMENTOS UTILIZADOS

O QUE USA	COMO	ONDE QUARDA	FATORES RELACIONADOS	DÉFICIT OBSERVADO
Insulina. (Rosa)	<i>Então é mais na barriga e na perna...de vez em quando dá hematoma.</i> (Rosa)	<i>Guardo ela na caixinha dentro da geladeira na parte de baixo onde não tem perigo de congela.</i> (Rosa)	<i>.eu aplico mas dependendo do lugar fica difícil para aplicar.</i> (Rosa)	Rodízio do local de aplicação ineficaz.
<i>.eu tomo insulina, 50 unidades de manhã e 10 unidades à tarde.</i> (Margarida)	<i>Eu mesma aplico fazendo rodízio.</i> (Margarida)	<i>Guardo na geladeira na parte de baixo, na porta.</i> (Margarida)		Guardar insulina na porta da geladeira.
<i>Metformin 850 mg.</i> (Ortência)	<i>Um comprimido no almoço e outro no jantar.</i> (Ortência).		<i>.como é difícil de achar no posto às vezes eu tomo só meio pra economizar.</i> (Ortência).	Tomar o medicamento na metade da dose para durar mais tempo.
<i>A insulina eu tomo 28U de manhã e 10U à tarde.</i> (Lírio).	<i>Eu mesmo aplico cada dia num lugar só não consigo no braço.</i> (Lírio).	<i>Eu conservo na geladeira, na parte de baixo.</i> (Lírio).	<i>.teve uma época que eu tava relaxado, aí o Dr. Davison me xingou todo. Tava tomando só de manhã pra sobrar insulina.</i> (Lírio).	
<i>Tomo insulina.</i> (Açucena).	<i>Eu mesma aplico, 50U de manhã e 16 U à tarde, faço rodízio.</i> (Açucena).	<i>Conservo na geladeira, na parte de baixo. Não é na porta não.</i> (Açucena).	<i>Quando solicitada para demonstrar como fazia a auto aplicação, mediu por duas vezes a quantidade errada.</i>	Quantidade errada de insulina.

QUADRO IV- SINAIS E SINTOMAS DO DIABETES MAIS FREQUENTES

Sinais e Sintomas	Quando acontecem	O que faz	Déficit observado
<i>Muita sede, fazer muito xixi, secura na boca, dor nas pernas, desânimo, cansaço, perda de peso, fome. (Rosa)</i>	<i>Às vezes a gente esquece de tomar insulina ou come alguma coisa com açúcar...aí ela sobe, a minha por exemplo não é totalmente de alimentação, sobe mais quando eu fico nervosa, porque quando eu entro em depressão ela sobe, se eu fico nervosa por outro motivo ela sobe. (Rosa)</i>	<i>Melhero a dieta, faço melhor controle da insulina, tomo os medicamentos na hora certa pra ficar mais controlada. (Rosa)</i> <i>Se eu puder ficar um pouco mais calma, porque já sei que a minha sobe por causa disso. (Rosa)</i>	Uso incorreto do medicamento Comer açúcar
<i>Sinto muita dor no corpo. (Margarida)</i>	<i>Eu acho que é por causa da coluna, mas só acontece quando eu mexo corpo. (Margarida)</i>	<i>Fico mais quieta. (Margarida)</i>	
<i>Eu sinto minhas pernas doendo muito e aquele tremor nas pernas, eu sinto elas quentes. (Ortência)</i>	<i>Ocorrem quando eu fico nervosa. (Ortência)</i>	<i>Eu fico calma. (Ortência)</i>	Estresse emocional
<i>Ficar fora de sentido, suor, ficar bamba quando dá hipoglicemia. (Açucena)</i>	<i>Ocorrem sempre porque eu fico muito tempo sem comer, não tenho fome. (Açucena)</i>	<i>.a família está orientada e me dá leite com açúcar. (Açucena)</i>	Ocorrência constante de hipoglicemia por permanecer muito tempo sem comer.

Anexo 3

Consentimento livre e esclarecido

Eu----- estou ciente que este estudo consta de duas etapas, sendo a primeira uma consulta de enfermagem e a segunda três grupos educativos. As respostas dadas durante a consulta serão gravadas e utilizadas pela Enfermeira Samara Rabelo como parte de sua dissertação de mestrado, sendo garantido por esta o dever de não mencionar nomes na publicação do trabalho. Os grupos educativos serão realizados durante três semanas consecutivas e filmados.

Declaro ainda que estou ciente de que posso desistir de participar do estudo em qualquer etapa em que este se encontre sem nenhum tipo de penalidade. Foi garantido pela Enfermeira Samara Eliane Rabelo que este estudo não oferece nenhum tipo de risco.

Declaro também que todas as informações aqui fornecidas foram dadas por livre e espontânea vontade recebendo como único auxílio vale transporte referente ao deslocamento até o ambulatório nos dias marcados pela Enfermeira. Para qualquer dúvida poderei contatar a enfermeira Samara nos telefones: (031)351-4737 (RESIDÊNCIA) ou (031) 239- 7243 (Escola de Enfermagem da UFMG)

Assinatura do cliente