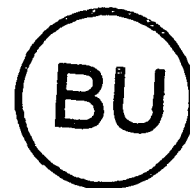


UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE



DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO

O AUTOCUIDADO DO CLIENTE DIABÉTICO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1998/1.

ALCINEI JOSÉ FRAGA
ANDRÉIA NUNES DA SILVA
VALDENÉSIO KÜSTER

DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO

O AUTOCUIDADO DO CLIENTE DIABÉTICO NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

N.Cham. TCC UFSC ENF 0243
Autor: Fraga, Alcinei Jo
Título: Do hospital ao domicílio o autoc

972518293 Ac. 241402
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

Relatório da Prática Assistencial da
Disciplina INT 5134 - Enfermagem
Assistencial Aplicada, da 8ª Fase do
Curso de Graduação em Enfermagem da
Universidade Federal de Santa Catarina.

Orientação: Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Supervisão: Enfª. Rita de Cássia Bruno Sandoval

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0243
Ex.1

FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 1998/1.

“Os momentos mais esplêndidos da vida, não são os chamados dias de êxito mas sim, aqueles dias em que, saindo do desânimo e do desespero, sentimos erguer-se dentro de nós um desafio: a vida é promessa de futuras realizações”.

(Gustave Flaubert)

Agradecimentos

A Deus, que nas mínimas coisas se revela grandioso, nós vos agradecemos por nunca nos ter deixado nos momentos difíceis e por nos ter permitido chegar até aqui.

Aos pais, que nos deram a vida e nos ensinaram a vivê-la com dignidade, a vocês o nosso respeito e afeto.

Aos que amamos, um muito obrigada, pois vocês enriqueceram nossas mentes, enchendo-as de carinho e ternura para prosseguirmos nesta jornada incansável.

Aqueles que dedicaram o seu tempo e sua experiência para que nosso trabalho fosse também um aprendizado de vida, nosso carinho e homenagem.

Obrigada.

RESUMO

Este trabalho trata-se do relatório final do Projeto Assistencial da Disciplina INT - 5134 - Enfermagem Assistencial Aplicada, da 8ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Desenvolvido no período de 25 de março a 03 de junho de 1998, pelos acadêmicos *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, no Ambulatório (área B) e Unidade de Internação Clínicas Médicas Masculina II e Feminina do Hospital Universitário, além de complementarmos esta proposta assistencial com visitas domiciliares à clientes selecionados. Teve por objetivo principal prestar cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos e familiares que procuram os serviços de saúde nesta instituição, visando a promoção do autocuidado, em um trabalho de co-participação multiprofissional. Selecionamos, para a implementação de nossas atividades a Teoria de Enfermagem elaborada por Dorothea E. Orem, por entendermos que esta se adaptaria melhor ao trabalho proposto. Embasados nos seus pressupostos, elaboramos um roteiro para a aplicação da Consulta de Enfermagem e Visita Domiciliar, que avaliasse a aplicabilidade da teoria no desenvolvimento assistencial da nossa prática com clientes diabéticos e seus familiares. Esta experiência mostrou-se valiosa para nós e foi possível perceber que "quando capazes os indivíduos cuidam de si mesmo" (*OREM apud GEORGE, 1993: 03*).

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	07
OBJETIVOS.....	10
Geral.....	10
Específico.....	10
Procedimentos e Estratégias para o Alcance dos Objetivos Propostos....	12
Avaliação.....	18
MARCO TEÓRICO.....	25
REVISÃO DA LITERATURA.....	37
METODOLOGIA.....	51
Cenário da Prática.....	52
A Clientela.....	56
RESULTADO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS.....	57
CONCLUSÃO.....	88
BIBLIOGRAFIA.....	90
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

O presente trabalho tem como finalidade relatar e avaliar o desenvolvimento da proposta de atuação da assistência ao cliente diabético e sua família, à nível hospitalar e domiciliar, na qual a responsabilidade pelo cuidado à saúde foi centrado nas potencialidades do indivíduo.

Ao desempenhar esta proposta contamos com a orientação da Professora e Doutora em Enfermagem Maria Itayra Coelho de Souza Padilha e supervisão da Enfermeira Rita de Cássia Bruno Sandoval, membro da equipe multiprofissional de atendimento ao cliente diabético do Hospital Universitário (HU), além da colaboração da Enfermeira Maria Salete Lopes Natividade.

Esta prática assistencial foi desenvolvida no Hospital Universitário, na área ambulatorial B e nas Unidades de Internação das Clínicas Médicas, Masculina II (CMMII) e Feminina (CMF), situado no Campus da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), em Florianópolis, no período de 25/03 à 03/06. Como complemento, realizamos visitas domiciliares a alguns clientes selecionados, com o intuito de conhecer sua realidade e assim atendê-los integralmente.

Escolhemos trabalhar com clientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), por acharmos que a teoria do autocuidado desenvolvida por Dorothea E. Orem vinha ao encontro desta clientela, e também por acreditarmos que seria possível melhorar a qualidade de vida dos mesmos, e de suas famílias, considerando que esta é fundamental para a implementação do autocuidado. A família é um corpo social, ou seja, uma rede de relações em que os membros com suas peculiaridades próprias interagem entre si, assumindo diferentes papéis que influenciam por sua vez todos

da família, mas que ligados por objetivos em comum, manifestam o seu modo de agir.

Orem acredita que o autocuidado é a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu próprio benefício, para manter a vida, saúde e bem-estar (GEORGE, 1993).

Concordamos com NASCIMENTO (1978) apud VALENTE (1989: 04), quando diz que *"a educação em enfermagem é uma das mais importantes funções da(o) Enfermeira(o), levando os indivíduos a atingirem seu mais alto objetivo, qual seja, conseguir uma vida saudável em uma verdadeira reafirmação de propósitos."*

Quando o cliente diabético compreende a sua doença como crônica, passa a se conscientizar da importância da prevenção e percebe que todo ser humano tem potencial para desempenhar seu próprio autocuidado.

Segundo VITIELLO (1988) apud VALENTE (1989: 11), *"educar é permitir, dando condições para que o indivíduo possa desenvolver seu próprio potencial."*

Para DUGAS (1978: 470), *"auxiliar o cliente a restabelecer sua confiança no cuidado que está recebendo é responsabilidade da(o) Enfermeira(o) e constitui um fator no alívio da ansiedade."*

Uma das funções mais importante da(o) Enfermeira(o) é a educação em saúde que visa extrair de dentro do próprio indivíduo o que ele traz consigo e lhe dar condições de agir por seus próprios meios.

Nas últimas décadas, o DM tem afetado as populações de países em todos os estágios de desenvolvimento, em decorrência de vários fatores, tais como maior taxa de urbanização, aumento da esperança de vida, industrialização, sedentarismo, obesidade, dietas hipercalóricas e ricas em açúcares, etc, tornando-se um problema de saúde universal.

O adequado controle do diabetes pode prevenir, retardar ou atenuar suas manifestações crônicas, sendo de fundamental importância a participação do diabético nos cuidados com sua saúde, o que sem dúvida o protegerá destas complicações.

Com isto, o nosso objetivo principal era o de buscar uma atuação assistencial voltada para a prática do autocuidado aos indivíduos diabéticos/família que procuravam atendimento no HU, e assim torná-los mais independentes possíveis dos serviços de saúde.

Alcançado este propósito apresentaremos, através deste relatório os resultados dos objetivos traçados no planejamento, além de complementar com as atividades paralelas que realizamos no estágio, e enriqueceu ainda mais nosso trabalho.

OBJETIVOS

GERAL

Prestar cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos e familiares que procuram os serviços ambulatorial e de internação do Hospital Universitário (HU), visando a promoção do autocuidado, em um trabalho de co-participação multiprofissional.

ESPECÍFICOS

- ⇒ Co-participar dos cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos que procuram a área B do ambulatório, a Clínica Médica Masculina II do HU e no domicílio a clientes e familiares selecionados;
- ⇒ Promover ações educativas que visem o autocuidado do cliente diabético e sua família num trabalho de co-participação;
- ⇒ Realizar consultas de enfermagem à clientes portadores de DM em função da demanda a nível ambulatorial, utilizando a teoria do autocuidado como marco teórico;
- ⇒ Realizar visitas domiciliares (VD) para avaliar junto do cliente, família e comunidade, as potencialidades e limitações de implementação do autocuidado;

- ⇒ Aprofundar conhecimentos sobre a Teoria do Autocuidado e sobre o cuidado de enfermagem à clientes diabéticos;
- ⇒ Conhecer o Programa de Diabetes da Policlínica de Referência Regional - 1/SUS, em Florianópolis, e se possível a Associação Paranaense de Diabéticos Juvenis - APAD, em Curitiba no Paraná (PR);
- ⇒ Participar da IIª Colônia de Férias para Crianças e Adolescentes Diabéticos do Estado de Santa Catarina¹.

¹ Objetivo não proposto mas alcançado no período da execução do mesmo.

PROCEDIMENTOS / ESTRATÉGIAS PREVISTAS PARA O ALCANCE DOS OBJETIVOS

Determinamos a seguir nossos objetivos de estágio, traçando uma linha de atuação junto ao cliente diabético e a sua família.

OBJETIVO GERAL

Prestar cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos e familiares que procuram os serviços ambulatorial e de internação do Hospital Universitário (HU), visando a promoção do autocuidado, em um trabalho de co-participação multiprofissional.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1º) Co-participar dos cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos que procuram a área B do ambulatório, a Clínica Médica Masculina II do HU e no domicílio à clientes e familiares selecionados;

Estratégias:

- Esclarecer junto ao cliente diabético e a família quem somos e quais são os nossos objetivos;

- Envolver os familiares do cliente diabético na compreensão da importância da realização do autocuidado;

- Verificar a glicemia capilar dos clientes conforme rotina do serviço. Caso os valores estejam acima de 300mg/dl realizar também o exame de cetonúria;

- Registrar os valores obtidos no prontuário do cliente;
- Tomar as providências necessárias em caso de hiper e hipoglicemia;
- Demonstrar ao cliente e a família como se faz o auto-exame da glicemia capilar e/ou glicosúria, e o porquê da realização desta monitorização;
- Orientar sobre a conservação da insulina e reutilização de seringa e agulhas, e sua aplicação, local, maneira da aplicação e horário (se é ou não respeitado);
- Orientar sobre cuidados com hipoglicemia e hiperglicemia e como identificá-las.
- Orientar sobre noções básicas, e outras se necessário, com relação ao Diabetes;
- Participar das atividades do GRUMAD.

2º) Promover ações educativas que visem o autocuidado do cliente diabético e sua família num trabalho de co-participação;

Estratégias:

- Delimitar no cronograma quatro (04) dias de atividades educativas aos clientes diabéticos e/ou funcionários, sendo duas (02) na Unidade de Internação e duas (02) no Ambulatório;
- Conhecer e esclarecer as dúvidas, expectativas, anseios e perspectivas do cliente, através da realização de oficinas de sensibilidade e criatividade, na unidade de internação e no ambulatório, promovendo trocas de experiências;

- Estimular a participação da equipe multiprofissional nas atividades educativas quando possível;

- Envolver e estimular a participação do cliente no seu tratamento, seja internado ou no domicílio;

- Envolver e estimular a participação da família, quando presente para o autocuidado do cliente diabético, relativo a dieta, exercícios físicos, higiene corporal, dentre outros;

- Orientar o cliente e a família quanto a importância de que o mesmo tenha uma vida mais independente, a partir da compreensão do autocuidado;

- Realizar orientações individuais ou coletivas sempre que for oportuno;

3º) Realizar consultas de enfermagem à clientes portadores de DM em função da demanda a nível ambulatorial, utilizando a teoria do autocuidado como marco teórico;

Estratégias:

- Conhecer as normas e rotinas do Grupo de Diabéticos do Hospital Universitário, e mais especificamente o que diz respeito a Consulta de Enfermagem;

- Elaborar um roteiro conforme a Teoria do Autocuidado para aplicação na consulta de enfermagem (CE);

- Dialogar com a Enfermeira sobre a proposta de Roteiro de Consulta de Enfermagem a ser implementada;

- Avaliar junto ao cliente/família o grau de conhecimento sobre a doença e os cuidados necessários;
- Fazer registros no prontuário conforme a metodologia vigente;
- Fazer orientações de enfermagem conforme os Manuais do Ministério da Saúde;
- Marcar retorno à consulta de enfermagem quando necessário à clientes da unidade de internação e ambulatório;
- Fazer encaminhamentos, quando necessários, à outros profissionais da equipe multiprofissional;
- Avaliar a efetividade da Teoria do Autocuidado no desenvolvimento das atividades;

4º) Realizar visitas domiciliares (VD) para avaliar junto do cliente, família e comunidade, as potencialidades e limitações de implementação do autocuidado;

Estratégias:

- Estabelecer pré-requisitos para seleção dos clientes que receberão VD: serem residentes na cidade de Florianópolis, próximo ao campo de estágio;
- Averiguar junto ao cliente / família a possibilidade da realização de VD a ser agendada de acordo com a disponibilidade do cliente / família;
- Elaborar um roteiro para a VD, que aborde aspectos sócio-econômicos, culturais e serviços de saúde disponíveis na comunidade;

- Elaborar com o cliente/família um plano de autocuidado conforme suas necessidades dentro das suas potencialidades e limitações;
- Adequar o plano de autocuidado frente a realidade vivenciada a nível domiciliar;
- Observar o relacionamento cliente/família no domicílio;
- Realizar nova VD se necessário;
- Realizar no mínimo seis (06) visitas domiciliares durante o estágio;
- Registrar as visitas nos prontuários, conforme marco referencial;

5º) Aprofundar conhecimentos sobre a Teoria do Autocuidado e sobre o cuidado de enfermagem à clientes diabéticos;

Estratégias:

- Realizar leituras individuais e em grupo sobre estudos bibliográficos referentes ao autocuidado e ao Diabetes Mellitus;
- Participar de eventos, treinamentos e reuniões oferecidas pela equipe multiprofissional que tratem de assuntos referentes ao Diabetes;
- Promover a discussão da Teoria de Dorothea Orem com a equipe multiprofissional e cliente/família;
- Realizar encontros semanais com a supervisora e a orientadora a fim de discutir questões teóricas pertinentes aos temas anteriormente citados e sua aplicação na prática;

- Interagir junto a equipe multiprofissional, com o objetivo de enriquecer os conhecimentos e maior aprofundamento do tema;

- Estudar a situação saúde-doença dos clientes atendidos;

6º) Conhecer o Programa de Diabetes da Policlínica de Referência Regional - 1/SUS, em Florianópolis, e se possível a Associação Paranaense de Diabéticos Juvenis - APAD, em Curitiba no Paraná (PR);

Estratégias:

- Contactar e programar visitas a algumas associações de diabéticos existentes na Grande Florianópolis, e no Estado do Paraná em Curitiba;

- Participar se possível de eventos desenvolvidos pelas associações de diabéticos.

7º) Participar da IIIª Colônia de Férias para Crianças e Adolescentes Diabéticos do Estado de Santa Catarina;

Estratégias:

- Supervisionar as crianças e os adolescentes nas práticas de autocuidado;

- Tirar as dúvidas com relação a doença;

- Orientar sobre noções básicas necessárias a prevenção, sinais e sintomas das complicações e tratamento do Diabetes.

AVALIAÇÃO

OBJETIVO	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
<p>1º) Co-participar dos cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos que procuram a área B do ambulatório, a Clínica Médica Masculina II do HU e no Domicílio a clientes e familiares selecionados.</p>	<ul style="list-style-type: none"> →Esclarecer junto ao cliente diabético e a família quem somos e quais são os nossos objetivos; →Envolver os familiares dos clientes diabéticos na compreensão da importância da realização do autocuidado; →Verificar a glicemia capilar dos clientes conforme rotina do serviço; Caso os valores estejam acima de 300mg/dl realizar também o exame de cetonúria; →Registrar os valores obtidos no prontuário do cliente; →Demonstrar ao cliente e a família como se faz o auto-exame da glicemia capilar e/ou glicosúria, e o porquê da realização desta monitorização; →Tomar as providências necessárias em caso de hiper e hipoglicemia; →Orientar sobre a conservação da insulina e reutilização de seringa e agulhas, e sua aplicação, local, maneira da aplicação e horário (se é ou não respeitado); →Orientar sobre cuidados com hipoglicemia e hiperglicemia e como identificá-las; →Orientar sobre noções básicas, e outras se necessário, com relação ao Diabetes; →Participar das atividades do GRUMAD. 	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado a medida que os acadêmicos realizarem os procedimentos junto aos clientes e estes demonstrarem seguir orientações ministradas, através de manifestações verbais ou demonstração prática.

<p>2º) Promover ações educativas que visem o autocuidado do cliente diabético, sua família num trabalho de co-participação.</p>	<p>→Delimitar no cronograma quatro (04) dias de atividades educativas aos clientes diabéticos e/ou funcionários, sendo duas na Unidade de Internação (CMMII) e duas na área B do ambulatório;</p> <p>→Conhecer e esclarecer as dúvidas, expectativas, anseios e perspectivas do cliente, através da realização de oficinas de sensibilidade e criatividade, na unidade de internação e no ambulatório, promovendo trocas de experiências;</p> <p>→Estimular a participação da equipe multiprofissional nas atividades educativas quando possível;</p> <p>→Envolver e estimular a participação do cliente no seu tratamento, seja internado ou no domicílio;</p> <p>→Envolver e estimular a participação da família quando presente para o autocuidado do cliente diabético, relativo a dieta, exercícios físicos, higiene corporal, dentre outros; Orientar o cliente e a família quanto a importância de que o mesmo tenha uma vida mais independente, a partir da compreensão do autocuidado;</p> <p>→Realizar orientações coletivas ou individuais sempre que for oportuno.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado quando os acadêmicos conseguirem prestar orientação e fornecer subsídios para o autocuidado aos clientes, familiares e equipe de enfermagem, através de atividades em grupo ou individuais. • Os acadêmicos alcançaram este objetivo quando realizarem no mínimo duas atividades em grupo. • O objetivo será alcançado quando os acadêmicos conseguirem envolver a equipe em momentos educativos, além de conseguirem a contribuição desta para o projeto. • O objetivo será alcançado quando os acadêmicos obtiverem o interesse e participação dos clientes/familiares durante a atividade educativa.
--	--	--

<p>3º) Realizar consultas de enfermagem à clientes portadores de DM em função da demanda a nível ambulatorial, utilizando a teoria do autocuidado como marco teórico.</p>	<p>→Conhecer as normas e rotinas do Grupo de Diabéticos do Hospital Universitário, e mais especialmente o que diz respeito a Consulta de Enfermagem;</p> <p>→Elaborar um roteiro conforme a Teoria do Cuidado para aplicação na Consulta de Enfermagem (CE);</p> <p>→Dialogar com a Enfermeira sobre a proposta de Roteiro de Consulta de Enfermagem a ser implementada;</p> <p>→Avaliar junto ao cliente/família o grau de conhecimento sobre a doença e os cuidados necessários;</p> <p>→Fazer registros no prontuário conforme a metodologia vigente;</p> <p>→Fazer orientações de enfermagem conforme os Manuais do Ministério da Saúde;</p> <p>→Marcar retorno à consulta de enfermagem quando necessário à clientes da UI e ambulatório;</p> <p>→Fazer encaminhamentos, quando necessários, à outros profissionais da equipe multiprofissional;</p> <p>→Avaliar a efetividade da Teoria do Autocuidado proposta no desenvolvimento das atividades.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado a medida que os acadêmicos realizarem as consultas de enfermagem a clientela. • O objetivo será alcançado se os clientes demonstrarem a participação e compreensão das orientações realizadas. • O objetivo será alcançado quando os acadêmicos aplicarem o processo de enfermagem, utilizando referencial de Orem, fizerem registro e avaliarem. • O objetivo será alcançado mediante a apresentação do relatório final.
--	--	--

<p>4º) Realizar visitas domiciliares (VD) para avaliar junto do cliente, família e comunidade, as potencialidades e limitações de implementação do autocuidado.</p>	<p>→Estabelecer pré-requisitos para seleção dos clientes que receberão VD: serem residentes na cidade de Florianópolis, próximo ao campo de estágio;</p> <p>→Averiguar junto ao cliente / família a possibilidade da realização de VD a ser agendada de acordo com a disponibilidade do cliente / família;</p> <p>→Elaborar um roteiro para a VD, que aborde aspectos sócio-econômicos, culturais e serviços de saúde disponíveis na comunidade;</p> <p>→Elaborar com o cliente/família um plano de autocuidado conforme suas necessidades dentro das suas potencialidades e limitações;</p> <p>→Adequar o plano de autocuidado frente a realidade vivenciada a nível domiciliar;</p> <p>→Observar o relacionamento cliente/família no domicílio;</p> <p>→Realizar nova VD se necessário;</p> <p>→Realizar no mínimo seis (06) visitas domiciliares durante o estágio;</p> <p>→Registrar as visitas nos prontuários, conforme o marco referencial.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado quando os acadêmicos realizarem no mínimo seis VD à clientes que preencham os requisitos pré-estabelecidos. • O objetivo será alcançado quando durante a VD os acadêmicos, clientes / família, fizerem a avaliação das potencialidades e limitações na implementação do plano de autocuidado e realizarem as adequações necessárias. • O objetivo será alcançado quando os clientes demonstrarem a sua aderência ao cuidado de saúde através de declarações verbais ou demonstrações práticas.
--	--	--

<p>5º) Aprofundar conhecimentos sobre a Teoria do Autocuidado e sobre o cuidado de enfermagem à clientes diabéticos.</p>	<p>→Realizar leituras individuais e em grupo sobre estudos bibliográficos referentes ao autocuidado e ao Diabetes Mellitus;</p> <p>→Participar de eventos, treinamentos e reuniões oferecidas pela equipe multiprofissional que tratem de assuntos referentes ao Diabetes;</p> <p>→Promover a discussão da Teoria de Dorothea Orem com a equipe multiprofissional e cliente/família;</p> <p>→Realizar encontros semanais com a supervisora e a orientadora a fim de discutir questões teóricas pertinentes aos temas anteriormente citados e sua aplicação na prática;</p> <p>→Interagir junto a equipe multiprofissional, com o objetivo de enriquecer os conhecimentos e maior aprofundamento do tema;</p> <p>→Estudar a situação saúde-doença dos clientes atendidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será atingido se os acadêmicos realizarem leituras e levantarem questões para posterior discussão com a supervisora e a orientadora, além de demonstrarem o aprofundamento dos conhecimentos na abordagem da situação saúde-doença dos clientes.
---	--	---

<p>6º) Conhecer o Programa de Diabetes da Policlínica de Referência Regional - 1/SUS, em Florianópolis, e se possível a Associação Paranaense de Diabéticos Juvenis-APAD, em Curitiba no Paraná (PR).</p>	<p>→Contactar e programar visitas a algumas associações de diabéticos existentes na Grande Florianópolis, e no Estado do Paraná em Curitiba;</p> <p>→Participar se possível de eventos desenvolvidos pelas associações de diabéticos</p>	<ul style="list-style-type: none"> • O objetivo será alcançado a partir do momento que os acadêmicos contactarem com algumas das associações de DM e conseguirem realizar a visita. • Os acadêmicos alcançaram o objetivo quando através de ofício solicitarem a Universidade Federal de Santa Catarina passagens para a viagem.
---	--	--

7º) Participar da IIª Colônia de Férias para Crianças e Adolescentes Diabéticos do Estado de Santa Catarina.	→Supervisionar as crianças e os adolescentes nas práticas de autocuidado; →Tirar as dúvidas com relação a doença; →Orientar sobre noções básicas necessárias a prevenção, sinais e sintomas das complicações e tratamento do Diabetes.	• O objetivo será alcançado a partir do momento que os acadêmicos participarem da Colônia de Férias para Diabéticos e realizarem todas as estratégias propostas.
---	--	--

MARCO TEÓRICO

Foi imprescindível para a nossa prática profissional, ter um marco teórico, que nos servisse de base para execução da nossa proposta de atuação e também para o nosso futuro exercício profissional.

A estrutura teórica permite uma visão mais ampla do todo e torna possível o desempenho de critérios para o levantamento, documentação e avaliação do estado, do cliente, desempenho da enfermagem e avaliação do programa.

Para que haja uma atuação profissional é necessário que se tenha um referencial, e a partir dele se possa delinear os caminhos para atingir os propósitos planejados.

Segundo GEORGE (1993: 16), *"a teoria constitui uma forma sistematizada de olhar para o mundo para descrevê-lo e explicá-lo."*

Entendemos que a teoria ajuda na busca da sistematização das observações feitas na prática, clareando as situações-problemas, possibilitando assim conhecer a resposta para solucionar e superar os obstáculos.

Munidos deste conceito fomos em busca de uma teoria que fosse o alicerce para a elaboração do nosso trabalho de conclusão de curso e que fosse ao encontro das nossas concepções do assistir em enfermagem.

Escolhemos então a teoria do autocuidado, proposta por DOROTHEA ELIZABETHE OREM (1985) apud GEORGE (1993), que define o autocuidado (Self

Care), e o cuidado de dependentes, como comportamentos que regulam a integridade estrutural humana, seu funcionamento e o desenvolvimento, e denota a relação existente entre as ações deliberadas de autocuidado de membros maduros ou não, de um grupo social e seu próprio desenvolvimento, tanto quanto a relação entre cuidado contínuo de membros de uma família e seu funcionamento e desenvolvimento.

Neste sentido a teoria do autocuidado de OREM (1985) *apud* GEORGE (1993), vem aprofundar o conhecimento sobre as exigências (necessidades) e a competência (capacidade ou poder) dos indivíduos para se autocuidarem. Esta teoria adaptada e aplicada ao indivíduo diabético proporcionará um processo de reflexão e trocas de conhecimento entre o profissional e o cliente levando-o a promover mudanças internas no sentido de ser o agente do seu tratamento.

Assim esta teoria adotada teve como objetivo levantar informações a respeito das exigências de autocuidado à clientes diabéticos além de desenvolver ações para atender a tais exigências.

"Estudar, realmente, é um trabalho difícil. Exige, de quem a ele se propõe, uma posição crítica, sistemática. Exige uma disciplina intelectual que não se ganha a não ser praticando-a " (FREIRE *apud* HÜHNE, 1987:14).

Concordamos com CASTELHANOS & CASTILHO (1989), que refletir é prestar atenção, examinar detalhadamente, analisar com cuidado e assim questionar a realidade.

Portanto o profissional de enfermagem estará apto ou em condições de desempenhar suas atividades, se tiver consciência da realidade que está inserido, e se tiver uma adequada fundamentação teórica, o que lhe permitirá um ação coerente e eficaz.

CONCEITOS ESSENCIAIS DO MARCO TEÓRICO:

" Conceitos são representações mentais ou absolutas da realidade, em outras palavras são marcas ou nomes, dados, objetivos, idéias, em fim tudo o que existe no universo " CHIN & JACOBS (1993) apud SILVA et al (1996: 14).

Entende-se por 'conceito', *"uma idéia, ou um conjunto de idéias organizadas que representam, que dão significado próprio a imagem de determinado objeto ou evento. Um conceito não é fechado em si mesmo, pois relaciona-se com outros conceitos. Pode ser modificado continuamente, pela dinâmica das idéias que se possibilita ao interagir com o mundo, incluindo o mundo das idéias. Dessa forma, um conceito pode ser interpretado diferentemente em razão do significado que lhe é dado pela pessoa que o pense em seu momento histórico"* (PATRÍCIO, 1995: 06).

Apresentamos a seguir os conceitos elaborados por Orem, e os nossos a partir da nossa vivência no transcorrer do estágio.

SER HUMANO ➤ Na concepção de OREM (1985) apud GEORGE (1993), o ser humano é uma unidade funcionando biologicamente, simbolicamente e socialmente. O funcionamento do ser humano está ligado ao seu ambiente, e juntos, ser humano e ambiente, formam um todo integrado ou sistema. Este ser humano é o detentor das decisões sobre si próprio e conduz sua vida, de forma a manter-se em equilíbrio consigo mesmo e com o ambiente.

Para nós ser humano, é um ser social capaz de decidir e agir em seu próprio benefício com relação ao seu bem-estar, adaptando-se ao ambiente em situações adversas.

O foco central deste estudo foi o cliente diabético que ao nosso ver é um ser humano que possui necessidades biológicas, sociais, psicológicas e espirituais e que precisa desenvolver ainda ações de autocuidado para manter a vida, saúde e bem-estar.

MEIO AMBIENTE ➤ No modelo teórico proposto por Orem, o meio ambiente como um conceito separado, tem sido considerado como relativamente insignificante, JOHNSTON (1983) apud SILVA et al (1996). Tal interpretação depreende-se o fato de ser este considerado um sub-conceito de ser humano. Ser humano e meio ambiente estão intimamente ligados formando um sistema integrado relacionado ao autocuidado. Dentro desta teoria meio-ambiente e ser humano são identificados como uma unidade caracterizada por trocas humanas-ambientais, e pelo impacto que um exerce sobre o outro.

Acreditamos que o meio ambiente atua sobre o indivíduo no aspecto sócio cultural, influenciando a sua conduta diante da orientação ou opinião emitida pela enfermeira, pois muitas vezes a palavra de um líder de sua comunidade (pai ou mãe-de-santo) ou mesmo de um vizinho direcionam seu agir e pensar.

Referimo-nos às condições de moradia, alimentação, transporte, comunicação, recursos financeiros, recursos de assistência à saúde e lazer e também aos aspectos culturais como componente sócio-ambiental. Onde a (o) enfermeira(o) deve considerar a relação do cliente junto ao seu contexto sócio-ambiental, pois dele faz parte sua história crenças e valores, suas relações interpessoais, que fazem parte das condições determinantes do seu modo de vida.

Segundo HELMAN (1994), os fatores culturais (hábitos de vida, crenças e valores, organização política e estrutural da sociedade) podem atuar como causa, contribuição ou proteção no que se refere aos problemas de saúde, além de serem de relevante importância no processo ensino-aprendizagem dos indivíduos.

SAÚDE ➤ A saúde é descrita como “*um estado de totalidade ou integridade do ser humano como indivíduo, suas partes e seu modo de funcionamento*” OREM (1971) apud SILVA et al (1996: 16). Este conceito inclui aspectos físicos, psicológicos interpessoais e sociais, os quais são considerados por OREM (1985) como inseparáveis do indivíduo.

Para OREM (1985) apud SILVA et al (1996), o conceito de saúde implica também na 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. Já que o autocuidado contribui de modo específico para a integridade estrutural, o funcionamento e o desenvolvimento humano, a saúde como um estado de totalidade, ou integridade é um resultado, ou objetivo do autocuidado.

Vemos a saúde não somente como a ausência de doenças mas também como a busca de uma melhor qualidade de vida.

DESVIO DE SAÚDE ➤ Embora OREM (1971, 80 e 85) apud SILVA et al (1996), não explicita o conceito de doença, a mesma considera que qualquer alteração da estrutura normal, ou funcionamento constitui-se em ausência de saúde no sentido de totalidade, ou integridade do ser humano. Tais alterações, que podem estar relacionadas com os aspectos físicos, psicológicos, interpessoais e sociais, quando presentes determinam no indivíduo um estado de desvio de saúde, exigindo o atendimento de requisitos específicos de autocuidado.

O desvio de saúde na nossa concepção é entendido como um desequilíbrio harmônico entre o ser humano e o meio em que vive, o que poderá alterar seu estado físico, mental e espiritual, favorecendo então o surgimento de doenças.

APRENDIZADO ➤ Para OREM (1985) apud SILVA et al (1996), a aprendizagem é uso de conhecimentos orientados interna e externamente constituem-se em elementos centrais na seqüência de ações de autocuidado. O processo de aprendizagem segundo Orem, inclui o desenvolvimento gradual pelo indivíduo de um repertório de prática de autocuidado e habilidades relacionadas. Este processo pode ser uma questão de absorção decorrente da observação de um cliente frente a uma enfermeira competente que lhe presta cuidados ou também através de experiências de aprendizagem específicas e planejadas tais como a leitura, a discussão e a resolução de problemas. Este conceito é aplicável tanto aos clientes no sistema de autocuidado quanto às enfermeiras nos sistemas de enfermagem.

O aprendizado norteou nossa maneira de prestar assistência aos clientes e familiares que necessitavam de cuidados, oportunizando um troca mútua de conhecimentos e vivências, pois conhecendo as experiências anteriores do cliente, seu modo de vida, seus hábitos, sua maneira de pensar e de perceber o mundo tornou-se mais fácil entender a necessidade do mesmo em querer aprender.

FAMÍLIA ➤ É uma unidade dinâmica, formada por pessoas que se percebem como família e compartilham de um meio familiar trocando constantes saberes, práticas, valores, crenças e desenvolvendo papéis sociais que são definidos mutuamente entre os membros que compõem esta família, e que repercutem no seu processo de crescimento e desenvolvimento.

Numa situação de crise, a família passa a desenvolver uma dinâmica de flexibilidade em seus papéis sociais na tentativa de ajudarem-se mutuamente com a intenção de manterem a estrutura aprendida na unidade familiar (Adaptado SASSO, 1995).

Nos referimos como família duas ou mais pessoas unidas por um sentimento de bem querer, respeito mútuo e por laços de consangüinidade ou não, que compartilham o mesmo ambiente, dando e recebendo energia nessa interação.

ENFERMEIRA(O) > Profissional de enfermagem capacitada(o) em oferecer a seus clientes e familiares os cuidados necessários capazes de satisfazer suas necessidades afetadas. Atua em conjunto com outros profissionais, na busca do bem-estar do homem / cliente para que o mesmo, tenha a capacidade de se reintegrar no seu contexto social.

Conceituamos que a(o) enfermeira(o) é um(a) profissional capaz de assistir o ser humano agindo como "educador", "facilitador" "promotor" e "provedor" do autocuidado, contribuindo para a conscientização do cliente/família sobre suas necessidades e como satisfazê-las.

ENFERMAGEM > *“Enfermagem é um serviço humano, um modo de auxiliar homens, mulheres e crianças e não um produto que possa ser trocado. É uma ação voluntária, uma função da inteligência prática das enfermeiras de causar condições humanamente desejadas nas pessoas e seus ambientes” OREM (1985) apud SILVA et al (1996: 17).*

Pensamos que a enfermagem é uma profissão de ajuda ao ser humano, através de esclarecimentos e conscientização de suas necessidades, procurando satisfazê-las através do autocuidado.

De acordo com OREM (1985) apud GEORGE (1993: 91), *“a enfermagem tem como especial preocupação a necessidade de ações de autocuidado do indivíduo, e o oferecimento e controle disso, numa base contínua para sustentar a vida e a saúde, recuperar-se de doenças ou ferimento e compatibilizar-se com seus efeitos”.*

OREM (1985) apud GEORGE (1993), desenvolve sua teoria geral de enfermagem, em três partes relacionadas. Essas partes são: autocuidado, deficiências do autocuidado e sistemas de enfermagem.

AUTOCUIDADO ➤ É conceituado por OREM (1985) apud SILVA et al (1996: 19), como “a prática das ações que os indivíduos iniciam e executam por si mesmos para manter a vida, a saúde e o bem estar”. Conforme (in GEORGE, 1993), o autocuidado consiste no cuidado desempenhado pela própria pessoa para si mesma quando atinge um estado de maturidade que a torna capaz de realizar uma ação propositada, consistente, controlada e eficaz.

Definimos o autocuidado como uma assistência à saúde, entendido como prática de atividades que o indivíduo e/ou familiar iniciam e realizam em prol do seu bem-estar.

A teoria engloba o autocuidado, a atividade do autocuidado e a exigência terapêutica do autocuidado. Relacionando com fatores que afetam a provisão do autocuidado e que são apresentados em três categorias de requisitos ou exigências do autocuidado: o universal, representado pela atividade diária, indispensável a sobrevivência do ser humano (ar, água, alimento e eliminações, etc); o desenvolvimento, determinado pelo homem em seu curso de vida (adaptação a mudanças físicas); e por fim autocuidado nos desvios de saúde, relacionado as necessidades geradas pela doença ou que possui algum tipo de incapacidade. O poder de tornar-se agente de seu autocuidado desenvolveu-se na vivência do dia-a-dia, num processo espontâneo de aprendizagem, auxiliado pela curiosidade intelectual, pela instrução e supervisão de outros, ou pela experiência na execução de medidas de autocuidado.

Para cumprir com êxito tal objetivo, faz-se necessário que o indivíduo esteja bem informado e convenientemente motivado.

Em nossos dias, a vida do homem caracteriza-se pela constante busca de informações. A cada momento, novos conhecimentos agregam-se aos antigos, enriquecendo-os aperfeiçoando-os ou mesmo desembaraçando alguns em função de novas descobertas (Ministério da Saúde - MS , 1993).

Se as informações são válidas para indivíduos não portadores de problemas de saúde, tornam-se, a nosso ver, da máxima importância para o diabético.

DÉFICIT DO AUTOCUIDADO >A teoria de Orem estabelece que o déficit do autocuidado ocorre quando a enfermagem é necessária. As pessoas necessitam da enfermagem porque elas estão sujeitas a limitações relacionadas a saúde, ou dela derivadas, que as tornam incapazes de eficientemente e/ou continuamente se autocuidar ou cuidar de seus dependentes.

O déficit do autocuidado, reflete-se para nós quando o indivíduo/família estão incapazes de desenvolver as ações de autocuidado, por falta de conhecimento, habilidade, motivação, e ou estado de morbidez, necessitando da intervenção da(o) enfermeira(o).

Com base na teoria de Orem (in GEORGE ,1993), identifica 05 métodos de ajuda:

- a) Agir ou fazer para o outro;
- b) Guiar o outro;
- c) Apoiar o outro (física ou psicologicamente);
- d) Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal, quanto a tornar-se capaz de satisfazer demandas futuras ou atuais de ação;

e) Ensinar o outro.

A(O) enfermeira(o) pode ajudar o indivíduo utilizando-se de qualquer um ou de todos os métodos, de modo a oferecer assistência com o autocuidado.

a) **Agir ou fazer para o outro** ➤ Iniciação e manutenção das relações enfermeiro-cliente, com pessoas, famílias ou grupos, até que os clientes possam, realmente, ser dispensados da enfermagem.

b) **Guiar o outro** ➤ Determinação da possibilidade de os clientes serem ajudados pela enfermagem e a maneira como isso pode se dar.

c) **Apoiar o outro** ➤ Respostas às solicitações, desejos e necessidades dos clientes, de contato e ajuda de profissionais de enfermagem.

d) **Proporcionar um ambiente que promova o desenvolvimento pessoal** ➤ Prescrição, oferecimento e regularidade de ajuda direta a clientes e seus outros importantes, sob a forma de serviços de enfermagem.

e) **Ensinar o outro** ➤ Coordenação e integração dos serviços de enfermagem com a vida diária do cliente com outros cuidados de saúde necessitados ou sendo recebidos e com outros serviços de caráter social ou educativo, necessários ou sendo recebidos.

SISTEMAS DE ENFERMAGEM ➤ Orem (in GEORGE, 1993), destaca a maneira como as necessidades de autocuidado do cliente serão satisfeitas pelo enfermeiro, pelo cliente ou ambos. Para atender às necessidades com relação a assistência de enfermagem, Orem estabelece três sistemas de cuidados, são eles:

Sistema totalmente compensatório ➤ Neste sistema o cliente é um receptor passivo dos cuidados de enfermagem, isto é, o enfermeiro desempenha todo o cuidado pelo cliente;

Sistema parcialmente compensatório ➤ Neste sistema tanto a enfermagem como o cliente participam das ações de autocuidado. Existe uma distribuição de responsabilidade entre as duas pessoas. A enfermagem funciona como um elemento compensador da incapacidade do cliente de assumir seu autocuidado, e isto varia de acordo com: as limitações físicas ou psíquicas do cliente, os conhecimentos e a capacidade técnica solicitada.

Sistema Educativo de Apoio ➤ Neste sistema o cliente é capaz de executar ou de aprender a executar certas medidas de autocuidado, e a enfermagem o ajuda a consegui-lo. Essa ajuda pode ser: apoio, orientação, promoção de meios adequados ao autocuidado e ensino. Enfermeira(o) ajuda a corrigir limitações de autocuidado. Nele a pessoa consegue executar ou pode e deve aprender a executar medidas de autocuidado terapêutico, de ordem interna ou externa, embora não consiga fazer isso sem auxílio.

Os objetivos da assistência de enfermagem relacionados a qualquer desses sistemas devem ser desenvolvidos de forma a ajudar o cliente e a família na seleção, planejamento e execução das medidas de autocuidado necessários à manutenção, restauração da saúde e convivência com os efeitos e limitações da própria doença.

PROCESSO DE ENFERMAGEM ➤ Segundo Orem (in GEORGE, 1993) é um método de determinação das deficiências de autocuidado e a definição dos papéis da pessoa ou da enfermeira para satisfazer as exigências de autocuidado.

Propõem um processo composto por 3 passos:

Passo 1 – é constituído da operação profissional de diagnóstico e prescrição. Diagnóstico é uma operação de investigação que capacita o enfermeiro a fazer julgamentos sobre a situação existente de cuidado e saúde e decisão sobre o que pode ser ou poderia ser feito. Nesta fase o enfermeiro coleta dados em 06 (seis)

áreas: **a)** o estado de saúde da pessoa; **b)** as perspectivas do médico em relação a saúde da pessoa; **c)** as perspectivas da pessoa quanto a sua saúde; **d)** as metas de saúde (no seu contexto e estado de saúde); **e)** as exigências de autocuidado da pessoa; **f)** a capacidade da pessoa para efetuar autocuidado. Os dados são reunidos nas áreas das necessidades de autocuidado: universal, de desenvolvimento e de desvio da saúde.

A análise dos dados leva ao diagnóstico de enfermagem que deve incluir o padrão de reação e a etiologia: uma incapacidade para satisfazer as necessidades de autocuidado (a reação) relacionada ao déficit de autocuidado (etiologia).

Passo 2 – é o planejamento dos sistemas de enfermagem e planejamento da execução dos atos de enfermagem.

Passo 3 – é a implementação das ações de enfermagem e inclui trabalho a evolução que é feita pela avaliação conjunta do enfermeiro e do cliente.

A nossa prática demonstrou que estas etapas incentivam e estimulam a observação sistematizada do enfermeiro aumentando quantitativamente as possibilidade de prestar uma assistência de enfermagem com maior qualidade.

REVISÃO DA LITERATURA

Com base nos conhecimentos já construídos por outros autores, a revisão da literatura tem por finalidade esclarecer ao leitor o tema proposto , auxiliando na elucidação de dúvidas e aprofundando de forma atualizada a literatura sobre o assunto.

Abordaremos aqui, aspectos relativos aos conteúdos: Diabetes Mellitus, tipo 1 e 2, suas complicações, revisão teórica sobre visita domiciliar, consulta de enfermagem e educação em saúde.

Iniciamos a revisão de literatura quando nos decidimos por estudar os conceitos básicos que norteariam nossa prática. Teve como ponto de partida à criação de idéias para o nosso assistir e prosseguiu com a idéia de teorização acerca do seu desenvolvimento.

DIABETES MELLITUS (DM)

As primeiras referências sobre o DM datam de 1.000 anos a.C. e vêm do Egito. Na Índia, por volta de 400 a.C. os médicos Charak e Susrut caracterizavam o processo através do caráter adocicado da urina e ainda diferenciavam dois tipos da doença, a do obeso e a do cliente que ao iniciar a doença apresentava emagrecimento e desidratação, além da poliúria e polidipsia.

Foi Celsus, há cerca de 2.000 anos, quem deu o nome de diabetes que significa sifão, e melito que vem do grego meli e significa mel. Na verdade, esta

doença, que é tão antiga quanto a própria história do homem, jamais deixou de ser um dos maiores desafios da medicina (SETIAN, 1995).

Admite-se que atualmente mais de 20 milhões de pessoas no mundo inteiro tenham Diabetes Mellitus insulino-dependente (DMID). Estima-se que no Brasil existam 5 milhões de diabéticos, dos quais metade desconheçam sua condição de diabético (MS, 1996).

Segundo ARDUINO (1980), apud SOUZA (1990: 08), *"o Diabetes Mellitus é uma doença crônica de caráter hereditário que consiste em uma síndrome heterogênea caracterizada por um contínuo distúrbio metabólico secundário à deficiência de atividades insulínica, e de várias alterações tissulares referidas como complicações do diabetes."*

DM é o nome dado a um conjunto de situações resultantes da incapacidade do organismo em manter a glicemia (nível de glicose no sangue) dentro de limites normais.

JEJUM = ≤ 110 mg/dl. (Valor Normal)

HOMEOSTASE ALTERADA = > 110 mg/dl e < 126 mg/dl

DIABETES MELLITUS = ≥ 126 mg/dl

Quando não tratada, estes níveis de glicose atingem valores excessivos, causando graves problemas de saúde (Adaptado da: American Diabetes Association - ADA. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus, 1997).

Ocasionalmente produz sintomas desde o seu início, algumas vezes não apresenta nenhum sintoma ou pode passar totalmente despercebido. Há vários métodos simples para descobrir esta enfermidade, a descoberta precoce deste mal permite estabelecer um tratamento adequado com o qual se evitam

complicações muito sérias (Ministério da Saúde, 1996). Portanto, é de fundamental importância que o diabetes seja identificado o mais precocemente possível, de modo que o tratamento possa ser iniciado de imediato e, com isso, reduzidas as possibilidades de complicações, que podem trazer sérios riscos à saúde e dificultar em muito a vida do cliente. Implicando num esquema terapêutico envolvendo medicamentos (insulina, hipoglicemiante oral), dieta e exercícios em uma rotina diária, evitando oscilações extremas nos níveis sanguíneos de glicose.

Considerada um problema crônico, por ser uma enfermidade prolongada e irreversível, de ação degenerativa lenta e progressiva levando à incapacidade residual e à necessidade de reabilitação psicobiológica (BRUNNER, 1994).

Na percepção de Orem (adaptado de GEORGE, 1993), doença crônica trata-se de um desvio de saúde, que exige por parte dos responsáveis pelo cuidado e principalmente por parte do indivíduo portador desta doença, conhecimento, auto disciplina e na maioria das vezes mudanças nos hábitos de vida.

Para nós, doença crônica é um problema de saúde, uma situação que instala-se ao longo de um período de tempo, levando a alterações no funcionamento normal do organismo, o que ocasiona, sejam imediatos ou potenciais, prejuízos substanciais ao indivíduo portador desta.

O enfermeiro, como membro imprescindível da equipe de saúde, deve reconhecer estas alterações e, ter uma atitude positiva para ajudar estes indivíduos a enfrentar a nova situação, mesmo que esta requeira deles grandes mudanças no trabalho e nas relações familiares.

Para MAYO (1956) citado por CONCEIÇÃO (1987: 16), *"doença crônica é a condição permanente, que deixa incapacidade para satisfazer suas necessidades biopsicossocial e espiritual, requerendo orientação e treinamento especial do*

cliente para reabilitação ou manutenção do seu estado de compensação, necessitando de um longo período de supervisão e/ou cuidados de enfermagem."

A diabetes é uma doença crônica, quer dizer, uma deficiência com a qual é preciso aprender a conviver por toda a vida. Qualquer pessoa, de qualquer classe social, pode ter diabetes.

Uma orientação e treinamento centrados nas necessidades e possibilidades do cliente/família, contribuem para a redução dos episódios de complicações agudas, devendo-se então motivar os envolvidos para aderirem ao tratamento e adaptação ao novo estilo de vida.

De acordo com dados do Ministério da Saúde (1996), quem tem diabetes precisa mudar seu estilo de vida. Precisa fazer mais exercícios físicos, evitar o açúcar e a gordura e moderadamente os hidratos de carbono, e incluir mais alimentos integrais, verduras cruas e legumes em suas refeições. Mas, mesmo assim, a diabetes não impede ninguém de ter uma vida normal e até mesmo mais saudável que a maioria.

Inúmeros fatores podem precipitar o aparecimento da doença, tais como obesidade, sedentarismo, infecção, trauma emocional, gravidez, determinados medicamentos, cirurgia, algumas viroses, etc.

Para PAIVA (1986), apud CONCEIÇÃO (1989: 19), *"a freqüência do diabetes varia com as diferentes raças, não só em função da composição das diferenças genéricas, mas também dos hábitos de vida e tradição."*

Para NAVARRETE (1975), apud CONCEIÇÃO (1989: 19), *"poucas enfermidades requerem um conhecimento tão global do cliente como o diabetes e é necessário que desde o momento de sua apresentação clínica, o cliente se converta no principal ator de um drama que o acompanhará durante toda a sua vida."*

Existem diferentes tipos de DM que podem diferenciar na causa, curso da doença e no tratamento, os três tipos principais de diabetes são insulino-dependente, também conhecida como diabetes tipo 1; não insulino-dependente, também chamado de diabetes tipo 2; e diabetes gestacional, que ocorre durante a gravidez.

Tipo 1 - Diabetes Mellitus Insulino-Dependente (DMID)

A produção em quantidade de insulina pelo pâncreas é inadequada ou nula. É de início repentino, geralmente antes dos 30 anos e há necessidade de aplicação de insulina exógena para controlar o nível de glicose sanguínea (BRUNNER, 1994).

DMID desenvolve-se mais freqüentemente em crianças e em adultos jovens. Algumas vezes pessoas com idade acima de 40 anos desenvolvem diabetes insulino-dependente, mas ela usualmente começa em idade mais jovem. Por este motivo ela costuma ser conhecida como diabetes "juvenil".

As células do pâncreas, que normalmente produzem insulina, foram destruídas, e o corpo não consegue absorver a glicose que está no sangue, pois a quantidade de insulina circulante pode ser inadequada ou inexistente. A solução é injetar insulina via subcutânea para ser absorvida pelo sangue, por isto este tipo também é chamado de Diabetes Mellitus insulino-dependente, porque o cliente dependerá de insulina por toda sua vida.

Segundo dados do Ministério da Saúde (1996), a maior incidência do DMID ocorre entre os 10 e 14 anos de idade, e é semelhante para os dois sexos.

Entre a população de origem caucasóide a incidência e prevalência de DMID é mais elevada do que nos outros grupos étnicos, já nos não-insulino-dependentes a prevalência é maior.

Indivíduos que possuem certos marcadores genéticos, Antígeno Leucocitário Humano e Específicos (HLA DR3 e DR4) apresentam um risco maior de desenvolver DMID (4 a 9 vezes) do que os que não possuem, geralmente são pessoas brancas.

O fator ambiental pode ter um papel importante na patogênese do DMID. Tem sido observado em vários países uma variação sazonal de sua incidência, algumas observações sugerem um fator ambiental como vírus do sarampo, da caxumba, da rubéola, e também o vírus consackie b₄, ou resposta imune a um fator ambiental (MS, 1993).

Embora a etiologia do Diabetes Mellitus ainda seja desconhecida, há provavelmente, várias causas. O estilo de vida, o ambiente e a hereditariedade são fatores de risco conhecidos para o desenvolvimento desta enfermidade e atualmente acredita-se, que o diabetes se desenvolva como consequência da contribuição destes fatores.

Tipo 2 - Diabetes Mellitus Não Insulino-Dependente (DMNID)

Há uma diminuição na sensibilidade das células à insulina e uma diminuição na quantidade de insulina produzida. Geralmente não se faz necessário o uso habitual de insulina exógena.

O DMNID é o tipo mais comum de diabetes, este tipo responde por 90 a 95% dos casos diagnosticado de diabetes e por quase todos os casos não diagnosticado. Este tipo de DM aumenta acentuadamente com o progredir da idade, principalmente em adultos com idade acima de 40 anos, sendo mais comum em pessoas com excesso de peso, e mais freqüente nas mulheres do que nos homens, e não está vinculado a qualquer tipo de HLA. Pessoas com DMNID usualmente produzem alguma insulina, mas as células do corpo não conseguem usá-la eficientemente porque as células são resistentes à insulina. Perdendo

peso, fazendo exercícios, ou tomando medicamentos por via oral, a maioria das pessoas com DMNID pode superar esta resistência à insulina. Entretanto, algumas pessoas com Diabetes Mellitus não insulino-dependentes apresentam falência secundária e precisam fazer uso de injeções diárias de insulina (BRUNNER, 1994).

Os familiares em primeiro grau de diabéticos não-insulino-dependentes tem de 2 a 6 vezes mais chances de virem a desenvolver do que aqueles sem história familiar.

A obesidade não está diretamente vinculada ao desenvolvimento do DMID, no entanto, é importante fator de risco para o DMNID, pois está associada a um aumento da resistência à insulina o que acaba contribuindo para o aumento dos níveis de glicose sangüínea.

A inatividade reduz a tolerância à glicose, e o exercício físico a melhora, o sedentarismo favorece a obesidade que é um fator de risco para o DMNID, e o exercício físico poderá reduzir o risco de desenvolver esse tipo de diabetes.

PAZ (1990: 27), infere que *“a atividade física e recreativa entre todas as terapias elaboradas com o objetivo de preservar a saúde do homem, é a mais natural, a mais higiênica e , por conseguinte, a menos custosa. Apresenta a vantagem de se poder aplicá-la em todos os estágios da vida, desde que se adapte devidamente às possibilidades e aos limites de cada um.”*

Para o diabético a atividade física é incentivada em razão dos benefícios metabólicos e psicológicos que ela proporciona, pois esta aumenta a sensibilidade do organismo à ação da insulina e advêm uma diminuição da glicemia e também das necessidades de insulina, já que, durante o exercício físico fica facilitada a entrada de glicose nos músculos, poupando a insulina.

Diabetes Gestacional

O diabetes gestacional acomete subitamente as mulheres não diabéticas que engravidam, ocorrendo neste período, porque a placenta produz substâncias que bloqueiam a ação da insulina, o que pode provocar a elevação de glicose.

Mulheres que apresentam diabetes gestacional possuem elevado risco de virem a desenvolver diabetes, posteriormente, cerca de 60% das mulheres com diabetes gestacional progridem para diabetes, num período de 16 anos (MS, 1993).

Complicações

As complicações do DM podem se desenvolver em qualquer pessoa com DM do tipo 1 ou 2 e podem ser agudas ou crônicas.

As complicações agudas resultam de um desequilíbrio no regime de tratamento ou desconhecimento da doença pelo cliente, incluem as hipoglicemias (diminuição de glicose no sangue) e as hiperglicemias (excesso de glicose no sangue).

As complicações crônicas manifestam-se após alguns anos e são caracterizadas por alterações dos vasos sanguíneos (capilares e artérias) ou dos nervos.

O aumento do açúcar no sangue freqüentemente pode vir a lesar no futuro as paredes dos vasos capilares de todo organismo, podendo ocorrer “silenciosamente”.

✓ Doença macrovascular (dos grandes vasos) afeta as coronárias, levando ao infarto agudo do miocárdio (IAM), a circulação periférica que contribui consideravelmente para o desenvolvimento de úlceras nos pés e alta incidência

de amputações de membros inferiores (MMII) nos diabéticos e a circulação cerebrovascular levando ao acidente vascular cerebral (AVC).

✓ Doença microvascular afetando os olhos (retinopatia) e os rins (nefropatias).

✓ Doenças neuropáticas que afetam os nervos autônomicos sensoriomotores que contribuem para problemas como a impotência e úlcera dos pés, afetando também o funcionamento gastrintestinal, cardiovascular e geniturinário (BRUNNER, 1994).

Para evitá-las deve-se fazer o controle do nível de açúcar no sangue durante toda a sua vida.

Recentes resultados do Diabetes Control and Complications Trial - DCCT, recomendam que os diabéticos mantenham seus níveis normais, para evitar complicações do diabetes a longo prazo. Segundo o DCCT, o melhor controle metabólico pode reduzir significativamente o início e a progressão das complicações microvasculares e neuropáticas do diabetes insulínico dependente.

Resultados do Ensaio sobre Controle e Complicações do Diabetes publicado pelo DCCT:

Retinopatia: A terapia intensiva reduziu em 76% o risco médio ajustado de desenvolvimento de retinopatia. A terapia intensiva tornou 54% mais lenta a evolução da retinopatia.

Nefropatia: A terapia intensiva reduziu em 39% a ocorrência de microalbuminúria e em 54% a de albuminúria.

Neuropatia: A terapia intensiva reduziu em 60% a ocorrência de neuropatia.

Os resultados do DCCT são estatisticamente significativos e de maior importância clínica. Eles demonstram de maneira convincente que o controle da

glicose no sangue influencia significativamente o desenvolvimento das complicações.

VISITA DOMICILIAR (VD)

É uma atividade das mais eficientes utilizadas pela enfermagem desde seus primórdios para proporcionar assistência aos pobres e doentes.

Atualmente é um recurso utilizado para conhecer e acompanhar o cliente e sua família no seu ambiente familiar e social.

Além de possibilitar conhecer o ambiente onde vive o cliente/família, a sua interação e adesão ou não do tratamento, reconhece as necessidades afetadas, os déficits para o autocuidado e proporciona o fornecimento de orientações de acordo com a sua problemática.

A(o) Enfermeira(o) realiza uma visita domiciliar para dar assistência a família (promoção, proteção e recuperação da saúde), para avaliar as condições ambientais e físicas em que vivem o indivíduo e sua família, coletar informações, supervisionar os cuidados prestados pela família e ainda para orientar sobre a prestação dos cuidados no domicílio.

Outro aspecto a ser ressaltado na VD segundo PADILHA (1991: 85), *"é a atitude do visitador, pois deve ser hábil, estabelecendo boas relações interpessoais, mostrar interesse e disponibilidade em, de fato, ajudar, tendo uma compreensão exata daquilo que se passa no contexto daquela família. Portanto, a única forma de sabermos a "história" da família, necessidades, seus conflitos, seus anseios e seus planos é ouvindo e buscando o significado na palavra, na imagem corporal dos elementos do núcleo familiar, no silêncio, no choro, na dor e no modo de adoecer"*.

Concordamos com FONSECA & NOGUEIRA (1977: 39), que ao falar sobre os objetivos da visita domiciliar, relata que a mesma *“proporciona o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto ou meio ambiente, caracterizado pelas condições de habitação, ou pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, que são alguns dos importantes fatores a serem identificados para a prestação da assistência integral da saúde”*.

O profissional da área da saúde, ao fazer uma visita domiciliar, deverá planejá-la antes da sua execução, assim os objetivos planejados para visita poderão ser alterados de acordo com as intercorrências e/ou adequadas a realidade do cliente. Já que é neste momento que há um melhor relacionamento do profissional com o cliente, e uma liberdade maior por parte do cliente e seus familiares para expor problemas e dificuldades diárias, tornando-se mais fácil as ações de enfermagem de acordo com as condições observadas no domicílio do cliente visitado.

Além de acreditarmos, também, que o enfermeiro tem um grande papel educativo, independente do local onde este encontra-se, seja no consultório, unidade ou domicílio, especialmente neste último onde a participação da família em seu meio ambiente consistem no aprendizado para a identificação da problemática assim como para a solução dos problemas levantados.

PADILHA (1991), afirma que a partir destas reflexões é que desenvolvemos um processo de educação do cliente diabético através da visita domiciliar, analisando os efeitos da orientação para a promoção do autocuidado do cliente, família e comunidade.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Segundo Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn (1979) apud PATRÍCIO (1990: 01), Consulta de Enfermagem é enfocada como sendo “*um serviço diretamente prestado ao cliente, através do qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas, e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente*”.

Esta autora , refere-se a consulta de enfermagem, como sendo um momento de encontro entre pessoas, onde uma vai para queixar-se, contar histórias do seu dia-a-dia, e a outra para ouvir, refletir sobre e depois falar, colocando seu ponto de vista. Essa experiência entre pessoas, pode acontecer de diferentes formas, por isso como toda a arte da vida, existem “consultas” e “consultas” (PATRÍCIO, 1990).

Consulta de Enfermagem “ *é uma atividade sistematizada que envolve uma relação interativa enfermeiro-cliente, voltada para identificação, resolução e/ou atenuação de problemas com base nas necessidades de saúde e condição/situação do cliente*” Conselho Federal de Enfermagem - COFEN (1987) apud PATRÍCIO (1990: 01).

Entendemos com bases nestes conceitos citados, que a consulta de enfermagem é uma assistência prestada ao cliente, na sua integralidade de pessoa nas dimensões biopsicossocial e espiritual, em constante relação com o ecossistema em que vive e no qual sofre influências internas, externas, situacionais e ambientais.

E assim, citado por PATRÍCIO (1990: 02), 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.”

Por essas idéias e considerações anteriores, compreendemos que consulta de enfermagem caracteriza-se como um processo de caráter científico, pois desenvolve um método de levantamento, registro e análise de dados através de um conjunto de procedimentos sistematizados e de instrumentos próprios que possibilitam a execução do autocuidado de acordo com a realidade do cliente.

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A Educação em Saúde é uma ação básica de saúde importante, que é capaz de desenvolver nas pessoas a consciência crítica das causas, dos problemas e ao mesmo tempo criar uma prontidão para atuar no sentido da mudança, na medida em que os indivíduos se apropriem dos conhecimentos e práticas que serão fundamentais para a sua autonomia de ação e melhoria das condições PONTES (1989) apud VALENTE et al (1989).

BRUNNER (1994: 42), refere que *"a educação em saúde é um componente essencial da assistência de enfermagem e visa a promoção, a manutenção e a restauração da saúde, bem como as adaptações aos efeitos residuais de doença. Tem como objetivo ensinar as pessoas a viverem o mais saudavelmente possível, isto é, esforçar-se para conseguir o potencial máximo de saúde do indivíduo".*

O processo educativo está presente em cada prescrição e em cada orientação, dadas ao cliente, seja na consulta de enfermagem ou na visita domiciliar, mostrando-se sempre a razão por ter sido tomado esta ou aquela conduta. Desta forma é possível desenvolver um relacionamento de confiança mútua, de tal forma que aprendemos e ensinamos.

WERNER citado por BRANDÃO (1981: 14 e 15), procura explicar que *“a natureza do homem, na sua dupla estrutura corpórea e espiritual, cria condições especiais para a manutenção e transmissão da sua forma particular e exige organizações físicas e espirituais, ao conjunto das quais damos o nome de educação. Na educação, como o homem a pratica, atua a mesma força vital, criadora e plástica, que espontaneamente impele todas as espécies vivas à conservação e à propagação de seu tipo. É nela, porém, que essa força atinge o seu mais alto grau de intensidade, através do esforço consciente do conhecimento e da vontade, dirigida para a consecução de um fim.”*

Baseando-se em Freire, achamos ALONSO (1994), que nos coloca que uma enfermeira enquanto educadora em saúde, deve instrumentalizar os indivíduos e/ou grupo para que percebam criticamente a sua realidade e as suas necessidades, desenvolvam as suas potencialidades e busquem, num trabalho conjunto, os caminhos e os meios para as possíveis resoluções de seus problemas de saúde e a partir de então conscientizam-se para aprender a ampliar seus conhecimentos e assumir as responsabilidades da assistência que prestam a si mesmo.

Assim a Educação em Saúde resume-se para nós no processo externo de adaptação do ser humano, físico e mental, que consciente do que quer, transforma a sua realidade.

Concordamos com SANTIN (1993: 73), que *“a ação educativa reconhece em cada pessoa um construtor de idéias e ideais. O ser humano cria utopias, sonha, inventa e constrói mundos. O ser humano pensante não se limita aos quadros mentais, fechados de uma ideologia; ele se abre em questionamentos; também não reduz seus movimentos aos passos monótonos da marcha unida, aos gestos padronizados. O ser humano no pensante faz do pensar e do movimento a fonte da expressão, da invenção e da criação da imensa paisagem que é sua própria existência.”*

METODOLOGIA

“Antigamente, o homem guiava-se apenas pelo instinto e isso lhe bastava, ou seja, seu meio era algo quase estático, onde mudanças ocorriam de maneira lenta e imperceptível. Situação pouco compreensível para o cidadão contemporâneo, obrigado a adaptar-se a um meio em constante e desenfreado processo de transformação. “

(SILVA, 1995: 07)

Hoje, o homem está mais racional e utiliza-se do método para alcançar seus objetivos. Assim, o método é um conjunto de atividades sistemáticas que com maior segurança e economia permite o alcance dos objetivos planejados.

De acordo com MONTICELLI (1996), metodologia é o caminho do pensamento e a prática exercida na abordagem da realidade que inclui as concepções teóricas, o conjunto de técnicas que possibilitarão a construção da realidade e ainda o potencial criativo do investigador.

Com base em tais preceitos, descreveremos a seguir o cenário da nossa prática de atuação e o perfil da clientela por nós assistida.

CENÁRIO DA PRÁTICA

"Cenário é o lugar onde ocorre algum fato, ou onde decorre a ação, ou parte da ação, de uma peça, romance, filme, etc."

(Dicionário Aurélio, 1993: 113)

O local escolhido para implementação da nossa proposta de assistência ao indivíduo diabético, fundamentado na teoria de Dorothea Orem, foi a área B do ambulatório e o setor de internação da Clínica Médica Masculina II (CMM II) do Hospital Universitário (HU), além do acompanhamento a alguns clientes em visitas domiciliares. Para ampliar nossa demanda de clientes com distúrbios endócrinos, em especial diabéticos, população alvo do nosso estudo, optamos por atuar também, além dos locais citados acima, na Clínica Médica Feminina (CMF), local sugerido pela nossa supervisora.

O atendimento ao cliente diabético que busca os serviços de saúde do Hospital Universitário, se dá primeiramente na emergência ou no ambulatório (Área B).

Muitos chegam a tais setores sem saber o que têm ou sem entender o que está acontecendo. É freqüente o total desconhecimento da doença e/ou dos sintomas que comumente passam despercebido por serem mais brandos, e que só serão descobertos quando o cliente perde a consciência ou os sintomas são mais graves, sendo necessário a sua internação.

O Hospital Universitário foi inaugurado em 02 de maio de 1980, funcionando como um órgão complementar da UFSC, sendo diretamente subordinado a Reitoria da UFSC. Foi programado, projetado e construído para cumprir as diretrizes recomendadas pela comissão de ensino médico do Ministério da Educação e Cultura (MEC). Tem características tais como: assistência à saúde, ensino na área de saúde e desenvolvimento de pesquisa.

Presta assistência à nível primário (ambulatório), secundário e terciário (unidades de internação), principalmente para as pessoas da região da grande Florianópolis (Organograma - anexo 01).

AMBULATÓRIO

A área B do ambulatório do HU, é destinada a clientes adultos, através de um agendamento prévio feito no Serviço de Prontuário do Paciente (SPP), atendendo mensalmente um grande número de clientes. Oferecendo as seguintes especialidades médicas: homeopatia, gerontologia, neurologia, hematologia, clínica geral, pneumologia, psiquiatria, infectologia e cardiologia. Além de buco-maxilo, nutrição, psicologia, enfermagem, pesquisa de neuropatiadiabética desenvolvida pela Pós-Graduação de Engenharia Elétrica.

Na área B do HU atua um grupo multiprofissional de atendimento ao diabético, conhecido como GRUMAD. Este grupo teve seu início em 1985, com a finalidade de prestar assistência aos clientes diabéticos, tipo 1 e também aos clientes tipo 2 que fazem uso de insulina, aqueles que tem dificuldades no tratamento e com complicações, além de desenvolver atividades de pesquisa e extensão. É composto por três endocrinologistas, uma nutricionista, uma psicóloga (voluntária), uma enfermeira, uma professora de educação física (como suporte), e dois médicos estagiários (um clínico geral e um endocrinologista pediátrico).

O atendimento em conjunto pela equipe do GRUMAD, ocorre nas segundas-feiras, com agendamento prévio feito no próprio ambulatório. Através de encaminhamentos avaliados pelos endocrinologistas ou após a alta de clientes diabéticos tipo 1, internados no HU. Mensalmente atende em média 43 clientes, sendo que os atendimentos de enfermagem, nutrição e psicologia ocorrem por encaminhamento dos endocrinologistas ou por necessidade sentida pelo cliente. Com a finalidade de prestar assistência e orientações aos clientes portadores de tal enfermidade, além de distribuir por mês uma média de 150 frascos de insulina,

fornecidos pela Secretaria Estadual de Saúde e 390 unidades de seringas, fornecidos pelo HU, bem como reativo de Benedict, oferecendo também as gestantes diabéticas insulino-dependente, fitas de glicemia para ajuste da dose de insulina, no último trimestre de gravidez.

No anexo 02, apresentaremos a documentação necessária para o fornecimento de insulina e seringas a clientes diabéticos.

A área B é constituída: de uma sala para procedimentos à clientes atendidos neste setor, doze consultórios, uma sala de pesquisa para pneumologia, uma sala de recepção interna e externa, um banheiro para uso exclusivo dos funcionários e uma sala de serviço da Clínica Médica (Planta Física - anexo 01).

A consulta de enfermagem é agendada de acordo com a necessidade do cliente, pela própria Enfermeira do setor, ou ainda por encaminhamento de outros profissionais da área de saúde, bem como por indicação de colegas Enfermeiros das unidades de internação, emergência ou de outras instituições e também por indicação de clientes já atendidos anteriormente.

As agendas (anexo 02) com os nomes dos clientes, a serem atendidos pelos profissionais da área B, e os seus respectivos prontuários são levados para área e depois encaminhados para os consultórios através de uma agente administrativa responsável por tal serviço.

Durante as consultas de enfermagem a(o) enfermeira(o), faz o registro em forma de SOAP, remarca a consulta e/ou encaminha para outro profissional, conforme a necessidade do cliente e devolve os prontuários e a agenda devidamente preenchidos para a recepção da área onde são levados de volta para o arquivo (SPP).

Os dias de consulta de enfermagem são as terças (manhã e tarde) e sextas-feiras (manhã). As segundas-feiras, pela manhã, são dedicadas ao grupo de diabéticos (GRUMAD). A visita, às unidades de internação que possuem leitos

da endocrinologia, Clínicas Médicas Masculina II e Feminina (CMM II e a CMF), juntamente com a equipe multiprofissional, é realizada as quintas-feiras (pela manhã). As quartas-feiras no período da manhã, por sugestão da supervisora, foi aberto uma agenda para atendermos os cliente diabéticos. Os outros horários são destinados ao atendimento de clientes que procuram as outras especialidades.

UNIDADE DE INTERNAÇÃO

Clínica Médica Masculina II e Clínica Médica Feminina

Localizadas no terceiro andar do HU, diferenciando-se pelo sexo, são compostas por dez quartos por unidade, perfazendo um total de trinta e dois leitos por clínica, sendo seis quartos com dois leitos e quatro quartos com quatro leitos, um quarto destinado ao plantão, uma sala de recreação, uma sala de expurgo, um banheiro para funcionários, um posto de enfermagem, uma sala de medicação, uma sala de curativo, uma sala para guarda de material permanente, uma rouparia, uma sala para passagem de plantão e uma sala destinada a copa.

Estas unidades são distribuídas por especialidades de acordo com as patologias. Existem dois leitos destinados a clientes da endocrinologia, em ambas as clínicas, porém, os outros leitos podem ser ocupados por clientes diabéticos com outras patologias associadas ao seu problema.

A unidade conta com um quadro de recursos humanos fixos na área de enfermagem distribuídos entre: Enfermeiras(os), técnicos de enfermagem e auxiliares de saúde.

Optamos por não detalhar as características das Unidades de Internação, Clínicas Médicas Masculina II e Feminina, considerando que o trabalho lá desenvolvido, era o de orientar e discutir exclusivamente os casos dos clientes diabéticos ali internados.

A CLIENTELA

Nossa proposta de atuação, visava prestar assistência de enfermagem a clientes portadores de DM do tipo 1 e 2, adultos ou jovens, entre homens e mulheres.

O Hospital Universitário atende, na área B do ambulatório ou nas Clínicas Médicas Masculina II e Feminina, uma clientela diversificada, portadora de doenças agudas e crônicas, do qual fazem parte os clientes com DM e também clientes com outras patologias associadas ao diabetes.

A clientela do programa de DM do HU, que procura o ambulatório e/ou são internados nas Clínicas Médicas, são quase que na sua totalidade da grande Florianópolis, sendo atendidos ainda clientes vindo de outros municípios do estado de Santa Catarina.

RESULTADOS DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

Objetivo 01 - Co-participar dos cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos que procuram a área B do ambulatório, a Clínica Médica Masculina II do HU e no domicílio a clientes e familiares selecionados.

A nossa apresentação às equipes de saúde e aos clientes do ambulatório B e das unidades de internação (CMM II e CMF) do Hospital Universitário, ocorreram nos primeiros dias de estágio, onde obtivemos uma boa receptividade.

Na área B aproveitávamos os dias de reunião do grupo de diabetes e das consultas de enfermagem, para esclarecer junto ao cliente diabético e a família quem éramos, quais os nossos objetivos e o nosso tempo de permanência.

Nas Clínicas Médicas Masculina II e Feminina, utilizávamos a mesma estratégia, só que a beira do leito do cliente.

Com o intuito de obtermos uma maior interação com o cliente/família, procurávamos envolvê-los efetivamente na compreensão do autocuidado e na sua realização, segundo os princípios da Teoria de Dorothea E. Orem, através de trocas de informações, contextualizando experiências, prestando esclarecimentos, fornecendo orientações sobre: noções gerais de dieta, exercícios, demonstrações práticas dos exames de glicemia capilar, cetonúria e glicosúria. Além de orientações sobre a conservação da insulina, misturas de

insulina na seringa e reutilização de seringas e agulhas e cuidados com hipoglicemia e hiperglicemia.

Utilizávamos um manequim em forma de abdômen, confeccionado pela Enf^a Rita de Cássia Bruno Sandoval, membro da equipe multiprofissional de atendimento ao cliente diabético do HU, em madeira, forrada com algodão e um tecido elástico para demonstrar a delimitação do rodízio para a autoaplicação de insulina. Após os clientes e familiares terem sido encorajados a fazerem sua própria aplicação, sob a nossa supervisão, procurávamos sempre orientá-los sobre o rodízio e a sua importância na prevenção das lipodistrofias.

Segundo a visão da Teorista, Dorothea E. Orem, a enfermagem refere-se a maneira de ajudar os seres humanos, através do desempenho de ações deliberadamente selecionadas e desempenhadas pelo enfermeiro, para ajudar indivíduos/família e grupos sob seus cuidados a manter, ou mudar as condições em si mesmos, ou em seu meio ambiente (GEORGE, 1993).

Entendemos que trabalhar com os familiares, constitui uma forma de incentivo ao portador de diabetes, sendo esta orientação e cuidados prestados em conjunto eficazes na melhora da auto-estima, favorecendo a adesão ao tratamento, dando continuidade assim a implementação do autocuidado. Desta forma o cliente/família participam ativamente no reconhecimento dos sinais e sintomas das complicações agudas, tornando-se com o tempo, aptos para o autocuidado, sabendo como proceder nestes casos e preveni-los.

Durante o período de estágio no ambulatório B do HU, prestamos assistência a 249 clientes diabéticos, sendo 120 clientes do grupo de DM e 129 clientes que procuravam o atendimento ambulatorial de terça à sexta-feira. Dos quais 57 foram consultas de enfermagem e os demais cuidados de enfermagem com o propósito de estimular desta maneira a promoção do autocuidado.

Conforme a rotina, realizávamos exames de cetonúria quando o cliente apresentava níveis glicêmicos superior a 300mg/dl, caso o resultado fosse positivo era comunicado ao médico, na ausência deste, encaminhávamos o cliente para a emergência se houvesse necessidade. No anexo 11 apresentaremos o modelo elaborado para registrarmos as nossas atividades diárias, para compararmos com os objetivos propostos.

Registrávamos no livro de controle de estoque a distribuição dos frascos de insulina e seringas, suficientes para os meses que anteciam a data da próxima consulta dos clientes insulino-dependentes; e marcávamos o total das glicemias capilares, cetonúrias e gasometrias arteriais, realizadas durante toda a manhã, em um impresso para realização de exames, próprio da instituição, que era sempre aberto no início da semana geralmente as segundas-feiras (Modelo - anexo 02). Os resultados dos valores glicêmicos de cada cliente era anotado em seus prontuários e/ou repassados para o médico que também registrava-os desta forma.

Este registro é imprescindível como fonte de informações para a equipe de saúde, acerca do que esta sendo realizado junto ao cliente e para fornecer-lhes novos dados para a situação saúde-doença do mesmo.

Concordamos com DANIEL (1981: 16), que *"seria impossível reter na mente toda informação colhida num estudo biopsicossocial e espiritual de uma pessoa, tornando-se indispensável o registro dos mesmos, de forma sistemática."*

Os clientes do grupo de DM, que se reúnem as segundas-feiras, para serem reavaliados pelos endocrinologistas e demais profissionais da equipe multiprofissional, fazendo um controle médico a cada 2 ou 3 meses, vão para a sala de procedimentos onde é verificado a glicemia capilar, e a cetonúria quando o açúcar estiver acima de 300mg/dl. Também é servido um lanche enquanto aguardam a sua consulta. Algumas vezes os clientes diabéticos

recebiam orientações neste local. Sempre procurávamos interagir no atendimento ao cliente em grupo, trocando informações de forma a atendê-lo globalmente em suas reais necessidades e também individualmente no momento das consultas de enfermagem, respeitando a individualidade, limitações e peculiaridades da personalidade de cada um na promoção do seu autocuidado.

Quando alguém da equipe multiprofissional, percebe alguma necessidade mais relevante, o encaminha para um colega especialista na área, para que este lhe preste uma assistência mais individualizada. Por exemplo, em algumas de nossas consultas percebemos que alguns clientes, apresentavam falta de esclarecimentos com relação a dieta e que além das nossas explicações necessitavam de um esclarecimento maior, então encaminhávamos para a nutricionista.

Concordamos com FELICE (1976),apud COSTA (1988: 68), que uma equipe multiprofissional *“é aquela formada por um grupo de profissionais de diferentes áreas e/ou especialidades que juntam esforços e interesses, reconhecem a interdependência com outros componentes e se identificam com um trabalho de caráter cooperativo e não competitivo, com o fim de alcançar um objetivo comum, cuja atividade sincronizada e coordenada caracteriza um grupo estreitamente ligado.”*

Entendemos que para uma equipe multiprofissional obter sucesso no seu intuito de atender diabéticos com mais eficiência e qualidade deve ter objetivos bem definidos, uma filosofia própria e comum a todos os seus membros e um forte espírito de equipe. Que seus membros tenham funções específicas porém complementares e que seu trabalho se desenvolva de forma coordenada e sincronizada.

Acreditamos que o acompanhamento ambulatorial juntamente com as ações multiprofissionais, poderá favorecer a melhoria das condições de vida

destes indivíduos, além de diminuir as internações por tais problemas relacionados a DM.

O trabalho em equipe multiprofissional é entendido por SAN MARTIN (1975) apud COSTA (1988: 68), como sendo a " *integração da função que desenvolvem diferentes técnicas através de um programa planejado que persegue objetivos comuns. Supõe uma síntese da ação de vários profissionais e também sua ' igualdade em condições ' na formulação e desenvolvimento do plano contando assim com um espírito de grupo, democrático onde decisões devem emanar do conjunto de seus membros. "*

Objetivando uma melhor interação nas unidades de internação CMM II e CMF, participávamos todas as quintas-feiras da visita da endócrino, num total de 09 visitas, para conhecermos melhor a situação de saúde dos clientes diabéticos.

Além disso, quase que diariamente subíamos as unidades de internação, onde fazíamos estágio, totalizando assim 26 clientes acompanhados e assistidos por nós em nossas visitas.

Os cuidados que prestávamos a estes clientes era de cunho preventivo e educativo, como: identificar os sinais e sintomas de hipoglicemia e hiperglicemia, cuidados com os pés, verificação dos sinais vitais e aplicação correta de insulina.

Os sintomas de hipoglicemia comumente relatados pelos clientes das Clínicas Médicas Masculina II e Feminina, e também do ambulatório B do HU, eram: sudorese, tremores, taquicardia, sensação de fome intensa e/ou tonturas. Já nos casos de hiperglicemias os mais comuns eram: poliúria, polidipsia, perda de peso inexplicável e/ou muito cansaço. Orientávamos o cliente e seu familiar para nestes casos agirem da seguinte maneira, no caso de hipoglicemia agir imediatamente, beber ou comer algo doce se consciente, se inconsciente

administrar mel ou açúcar na mucosa oral, massageando-a, devido a absorção rápida e procurar um serviço de emergência; se estiver no hospital comunicar a Enfermeira de plantão responsável pela unidade de internação a qual se encontra. Nas hiperglicemias deve-se estimular a ingesta hídrica e investigar uma possível causa, verificando fugas da dieta, receituário médico, medicamento utilizado e dose prescrita. Sendo mais importante neste momentos, além do tratamento, fazer o cliente e seu familiar refletirem sobre o acontecido, problematizando e aprendendo a identificar os sinais e sintomas respectivos.

Através do monitoramento eficaz, associado a dieta, exercícios físicos regulares, dose correta de medicamento administrada no tempo prescrito, consegue-se um controle do nível glicêmico mais próximo do normal. Que visa combater as hipoglicemias e hiperglicemias prevenindo ou retardando as futuras complicações.

Ressaltamos que alguns clientes diabéticos não apresentavam os sinais e sintomas citados, por isto era imprescindível perguntar a eles como os reconheciam, afirmando aos mesmos, que um bom controle do nível de glicose no sangue é importante para que possam detectar e prevenir ou evitar tais complicações.

Chegamos ao fim do estágio com este objetivo amplamente alcançado, uma vez que colocamos em prática nossa proposta assistencial, e realizamos todas as estratégias previstas para o alcance do mesmo. Conseguimos realizar os procedimentos junto com o cliente/família, fazendo com que os mesmos demonstrassem o que aprenderam na prática, repassando assim o conhecimento para outros clientes, e as seguindo no seu dia-a-dia.

Também foi possível observar que alguns clientes mais descompensados tinham retorno quinzenal e após a nossa intervenção passaram a apresentar uma melhora significativa dos níveis glicêmicos minimizando suas reinternações

a nível emergencial, por descompensação diabética. Reforçamos aqui, o como foi importante nossa intervenção neste momentos de integração com o cliente e sua família.

Acreditamos que a enfermagem exerce um papel importante no que diz respeito a conscientização e compreensão do cliente diabético, visando com isto a promoção e manutenção do seu autocuidado.

Objetivo 02 - Promover ações educativas que visem o autocuidado do cliente diabético e sua família num trabalho de co-participação.

Neste objetivo tínhamos como meta atingir o cliente, família e/ou funcionários do setor de internação, a princípio tínhamos em mente realizar (04) quatro atividades educativas a esta clientela, mas acabamos realizando ao todo seis atividades: duas no total para os setores de internação CMF e CMMII direcionadas aos funcionários, três no ambulatório para os clientes DM e uma fora do ambiente hospitalar com o propósito de atingir a população.

As atividades educativas realizadas aos clientes DM, a nível ambulatorial, aconteceram nos dias: 06/04/98, atingindo 09 clientes DM e 04 familiares; 27/04/98, para 08 clientes e 03 familiares e no dia 18/05/98, para 12 clientes e 05 familiares, contando esta com a participação da nossa supervisora. O local para a realização destas atividades foi a sala do Grupo da Terceira Idade (GIG), localizada em frente ao ambulatório B do HU (Ver Planta Física - anexo 01); abordando os temas relacionados a dieta e cuidados com os pés, sendo este último tema realizado 02 vezes. Utilizamos como recurso o audio visual (filme com os temas descritos acima), folhetos explicativos, além de exercícios com o assunto referido e ilustrações que facilitou a compreensão.

A avaliação destas atividades aconteceu de forma verbal onde os clientes e seus familiares relatavam suas percepções sobre: as implicações nas mudanças da alimentação e da importância de terem cuidado com os pés na prevenção das complicações.

Fora do ambiente hospitalar, nos envolvemos em uma atividade educativa, promovida pelo movimento de greve, no dia 07/04/98, em

comemoração ao Dia Mundial da Saúde e em prol das Universidades Públicas gratuitas, realizada na Felipe Schmidt.

A atividade foi desenvolvida no calçadão, a convite da nossa orientadora e também da nossa supervisora, realizada no período da manhã. Através de materiais ilustrativos sobre DM, seus sinais e sintomas, fatores de risco e cuidados preventivos, como a prática de exercícios físicos, divulgamos a população estas informações, além de distribuirmos um instrumento de identificação dos fatores de risco para o desenvolvimento do DM, intitulado "É possível você ter diabetes e não saber? ", e referentes ao exercício físico que uma pessoa diabética pode ou não praticar, (este último foi mais direcionados aos clientes diabéticos que nos procuravam para saber mais informações a respeito de sua doença). Curiosos a respeito da doença, éramos constantemente abordados para prestar esclarecimentos sobre os materiais explicativos, expostos nos murais.

Foi compensador saber que as orientações dadas, eram ouvidas com bastante atenção pela a população que parava a nossa volta.

Desenvolvemos duas atividades educativas com os funcionários das unidades de internação do HU.

A primeira atividade educativa foi realizada com os funcionários da Clínica Médica Feminina, que aconteceu no dia 05/05/98, pela manhã, na sala de estudos do 4º. andar do HU. Organizada pela enfermeira-chefe desta unidade, na qual participamos como palestrantes abordando o tema Diabetes Mellitus. A Educação em Diabetes foi elaborada de acordo com as carências detectadas e relatadas pela enfermeira da unidade, que percebeu a necessidade de promover a atualização nos conhecimentos dos profissionais de enfermagem com relação ao cliente diabético e sua doença.

Para facilitar nossa abordagem e conhecer as dificuldades dos funcionários a respeito do tema, elaboramos junto com a supervisora um instrumento próprio (Questionário - anexo 03), para levantar as dúvidas e planejar com antecedência a melhor forma de abordá-los. Participaram 23 funcionários, entre eles, equipe de enfermagem, nutricionista e assistente social; nossa orientadora; nossa supervisora e membro do grupo de diabetes do ambulatório B do HU; a Diretora de Enfermagem e a Coordenadora da Comissão de Educação em Serviço - CES.

Participaram também a Dra. Marisa Coral, Chefe do serviço de endocrinologia da UFSC e coordenadora do GRUMAD, e o residente de clínica médica que fazia estágio na endócrino, totalizando 32 pessoas presentes.

Elaboramos uma apostila com os tópicos a serem ministrados por nós que incluía: O que é?; Tipos; Complicações: agudas e crônicas; Monitoramento de exames de glicemia, glicosúria e cetonúria; Hipoglicemiantes orais, Insulinas: tipos, técnicas de preparo, misturas, conservação, rodízio, reutilizações de seringas e agulhas; além de abordar a razão científica para a prescrição de enfermagem proposta.

Contamos com a participação da nutricionista da unidade de internação que apresentou as normas e rotinas do serviço de nutrição, bem como a importância da dieta para o cliente diabético, além da participação na exemplificação prática das técnicas de mistura de insulina e da contribuição das vivências no atendimento ao cliente diabético pela enfermeira do GRUMAD.

Através de uma aula expositiva utilizamos recursos gráficos como cartazes e desenhos apresentados em transparências (anexo 03), tendo em vista que o aprendizado também se dá através da visualização e é uma forma de transmitir conhecimentos. Foi aberto um espaço para os integrantes fazerem suas colocações a respeito das vivências do seu dia-a-dia nas unidades e tirar suas dúvidas a respeito do tema, o que tornou fácil a nossa integração com a

equipe de enfermagem e demais convidados, que participaram ativamente, além de termos um intervalo para um Coffee Break, oferecido à todos pela enfermeira que organizou o evento.

A segunda atividade educativa, aconteceu no dia 02/06/98, com os funcionários da Clínica Médica Masculina II, encerrando nossas atividades de estágio nas Unidades. Esta atividade foi planejada, organizada, coordenada e executada por nós. Providenciamos o local, convidamos para realização desta atividade educativa a Diretora de Enfermagem e a Coordenadora da Comissão de Educação em Serviço - CES (anexo 07), que aceitaram e se propuseram a fazer a abertura e o encerramento da atividade. Organizamos um Coffee Break que foi patrocinado pela empresa Lilly, representada pelo Senhor Eduardo Miranda Rhee, que também forneceu canetas e folhetos explicativos sobre DM para distribuirmos aos funcionários.

Participaram desta atividade educativa 30 pessoas, sendo nossa supervisora representada pela Enfermeira Maria Salete Lopes Natividade. Nos mesmos moldes da anterior esta atividade transcorreu normalmente, com a participação dos funcionários e demais convidados.

Foi possível através da troca de experiências e relato das vivências cotidianas dos diferentes profissionais presentes, aprender a conciliar a teoria com a prática, além de adquirir novas informações atualizadas a respeito do diabetes. E através da análise dos questionários podemos observar que as dúvidas mais significativas e o percentual de erros foi com relação a diferenciação dos tipos 1 e 2 (70%) e a ação das insulinas (60%), constatado em ambas as clínicas.

No início e no final de cada atividade educativa a Comissão de Educação em Saúde proporcionava a todos os participantes técnicas de relaxamento, tornando o ambiente mais descontraído, o que proporcionou uma maior participação de todos e aproveitaram o momento para sanarem suas dúvidas

com relação a doença, seus sinais e sintomas, com agir nestes casos, qual o tempo de duração e a ação das insulinas no organismo do diabético, bem como o horário correto para serem administradas, além de aprenderem a motivar o cliente para a realização do autocuidado segundo a teoria de Dorothea E. Orem.

Deixamos nas unidades de internação (CMM II e CMF) alguns folhetos explicativos para serem colocados nos murais e facilitar a assistência prestada aos clientes diabéticos e também a respostas corretas do questionário.

Para avaliarmos as atividades educativas que aconteceu nas unidades para os funcionários, solicitamos as enfermeiras-chefes destas clínicas (CMM II e CMF), uma declaração que constasse a repercussão do conteúdo dado na prática dos funcionários (anexo 07).

Concluimos que quando o indivíduo problematiza a realidade e reflete a seu respeito, pode buscar modos de modificá-la.

Com o objetivo de enriquecer os nossos conhecimentos participamos de discussões e aulas dadas, como "Distúrbios Hipoglicêmicos, pela equipe multiprofissional a respeito dos clientes diabéticos internados nas unidades ou do ambulatório B do HU. Tivemos também a oportunidade de envolver estes profissionais na realização de nossas atividades educativas e assistências, como havíamos a princípio proposto.

Para nós o trabalho em equipe não significa portanto o mero agrupamento de indivíduos organizados com um objetivo em comum, mas uma integração de cada elemento que a compõe, atendendo as peculiaridades coletivas, desempenhando funções harmônicas e uma verdadeira ação em conjunto.

A realização dessas atividades promoveu ações que visavam o autocuidado do cliente diabético e sua família, segundo a teoria por nós adotada, num trabalho de co-participação com a equipe multiprofissional.

Todo tratamento ao diabético apoia-se sobre uma base educativa, sem a qual a equipe multiprofissional não consegue a cooperação do cliente e de sua família, seja internado ou no domicílio, para o alcance dos objetivos esperados.

Conseguimos atingir este objetivo ao longo do estágio, pois nos envolvemos junto com a equipe multiprofissional e os clientes e seus familiares em momentos educativos e assistências, que favoreceram a sua realização, além de extrapolar o número previsto de atividades propostas. As orientações prestadas ao cliente/família relativo a dieta, exercícios físicos, higiene corporal, dentre outros, serviram de subsídios para que os mesmos pudessem ter uma vida mais independente a partir da compreensão do autocuidado, contribuindo desta maneira para o nosso crescimento profissional.

O questionário mostrou-se um instrumento de extrema valia onde foi possível averiguar as informações inerentes ao diabetes, os pontos deficitários sobre o assunto, facilitando desta maneira o nosso direcionamento para a sua elucidação.

Objetivo 03 - Realizar consultas de enfermagem à clientes portadores de DM em função da demanda a nível ambulatorial, utilizando a teoria do autocuidado como marco teórico.

Acompanhamos algumas consultas de enfermagem realizadas pela Enfermeira que desenvolve esta atividade no ambulatório, antes de realizarmos as nossas consultas. Assim esta experiência nos proporcionou um melhor aprendizado e conseqüentemente fez com que atuássemos mais adequadamente em nossas consultas.

Elaboramos um cronograma que estava sujeito a alterações (anexo 10), para que facilitasse nosso estágio em campo, e assim pudéssemos então, interagir com as normas e rotinas do ambulatório B do HU, durante os 47 dias em que prestamos cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos e/ou familiares que procuram os serviços de saúde deste hospital.

Do dia 25/03 à 03/06, realizamos 57 consultas de enfermagem no ambulatório B do HU, sob a supervisão da Enfermeira Rita de Cássia Bruno Sandoval e também da Enfermeira Maria Salete Lopes Natividade, que nos acompanhou nas duas últimas semanas de estágio, devido ao afastamento da primeira Enfermeira acima citada, por problemas de saúde familiar.

Para que fosse possível e facilitasse a realização das consultas de enfermagem, construímos um roteiro (anexo 04), de consulta baseado nos princípios da teoria do autocuidado de Dorothea E. Orem, que além de conter os fatores pessoais (nome, nacionalidade, religião, etc), abordava o motivo que o trouxe a procurar tal serviço, o que faziam ou sabiam para promover o funcionamento e desenvolvimento do seu bem-estar, os riscos do não cumprimento do tratamento, e também suas condições físicas, e as dúvidas sobre o que havia sido questionado ou abordado durante a consulta.

Era nestes momentos que tínhamos a oportunidade de interagir com o cliente, ouvindo-o e deixando-o contar sua própria história, pois desta maneira ele podia expandir seus pensamentos e sentimentos a respeito da enfermidade, além de trazer à tona questões relevantes, como por exemplo a mais freqüente que era a dificuldade em seguir a dieta. Era comum escutarmos queixas do tipo, *“em casa só eu passo fome, todos comem o que querem e em qualquer quantidade”*, *“quando consumo alguns doces em festas, caminho alguns minutos (uns 20’) no outro dia “*, *“para mim é doença do açúcar, cortei os doces mais não adiantou em nada, continuo com o diabetes alto”*, *“vou matar o diabetes”*, procurávamos então dar atenção àquilo que o cliente omitia, bem como àquilo que dizia.

Através do levantamento da situação, identificado com base nos problemas apresentados pelo cliente, orientávamos para a promoção de sua saúde: com relação ao consumo de uma dieta equilibrada, hiposódica, hipolipídica e com baixo teor de carboidratos de absorção rápida, incentivando a ingestão de frutas e verduras; sobre a importância da manutenção do peso ideal associado a prática de exercícios físicos; sobre os cuidados com a administração de insulinas, locais de aplicação, horários e doses corretas, correspondentes as unidades prescritas; sobre conservação de frascos de insulina, como fazer uma monitorização adequada para detectar precocemente as possíveis complicações e cuidados com os pés, como mantê-los limpos e secos, além de observá-los em busca de pontos de pressão ou ferimentos ensinando-os como fazer.

Em anexo (05), exemplificaremos o registro de algumas destas consultas por nós realizadas conforme a Teoria do Autocuidado de OREM, o que facilitou a realização das consultas quanto a coleta de dados, diagnóstico de enfermagem e orientações para o autocuidado, além de proporcionar uma maior integração com o cliente.

O registro, utilizado nas consultas, foi escrito em forma de SOAP, baseado no sistema WEED, pois permite um posterior acompanhamento da clientela pela equipe multiprofissional.

Os dias que realizávamos as consultas de enfermagem eram geralmente as segundas, terças e sextas-feiras no período da manhã, conforme a demanda, geralmente atendíamos de 2 à 3 clientes diabéticos por dia. Para facilitar nosso estágio, com o consentimento da Enfermeira do programa e nossa supervisora, abrimos uma agenda para nós as quartas-feiras, tendo mais um dia para realizá-las.

Durante as consultas de enfermagem que duravam em média 25 minutos, tivemos a oportunidade de fazer alguns encaminhamentos necessários, à outros profissionais da área da saúde, que foram realizados conforme ficha de encaminhamento, utilizada no HU (anexo 02). Ressaltamos aqui que estes encaminhamentos foram feitos de acordo com os interesses e possibilidades individuais de cada cliente, num total de 17, sendo 02 para ginecologia, 02 para pesquisa com a neuropatia diabética, 04 para a oftalmologia, 04 para a psicologia e 05 para a emergência.

Para dar continuidade a nossa proposta assistencial e avaliar a qualidade de nossa consulta de enfermagem remarcávamos uma nova consulta para depois de aproximadamente 20 dias, o que normalmente é feito a cada 2 ou 3 meses. Essa nova consulta, no prazo estabelecido por nós, consistia na verificação dos efeitos e/ou resultados, mediatos ou não, traduzidos, no cliente, pelas mudanças no seu comportamento, hábitos e conhecimentos sobre a sua doença, e também para acompanharmos o desenvolvimento das ações de autocuidado, além de avaliar o plano implementado a estes clientes.

Segundo ARAÚJO & BARROS (1986: 22), *"na consulta de enfermagem as enfermeiras desempenham um papel relevante junto ao cliente, num sentido*

abrangente, objetivando uma assistência integralizada, em prol da melhoria do estado de saúde do assistido".

Concordamos também com FREIRE (1980: 31), quando diz que: *"o que importa realmente, ao ajudar-se um homem é ajudá-lo a ajudar-se. É fazê-lo agente de sua própria recuperação. É pô-lo numa postura conscientemente crítica de seus problemas. "*

Algumas vezes, durante o estágio no ambulatório, um de nós permanecia no local de recepção de área, para observar como era a rotina. Inicialmente os clientes esperavam sua vez para serem atendidos, em uma fila, sendo recepcionados por uma técnica de enfermagem e/ou uma agente administrativa e encaminhados para os respectivos consultórios.

Podemos afirmar que o objetivo proposto foi alcançado na sua totalidade, pois foi possível através das consultas identificar os conhecimentos do cliente sobre a sua doença e os cuidados necessários para com a mesma oferecendo-lhes informações indispensáveis de forma clara e objetiva. Possibilitou também ressaltar a importância do envolvimento da família no processo de assistência integral ao cliente, o que proporcionou uma fonte de reforço e ajuda para o mesmo. Este nos procurava, geralmente acompanhado, a recordar as orientações dada.

Além disso, era de suma importância as informações valiosas que eram fornecidas a respeito da situação vital do cliente e das necessidades de aprendizado de que ambos, familiares e clientes, precisavam, o que aumentou ainda mais as nossas chances de êxito nas consultas por nós realizadas. E também porque foi importante para nós a sua realização, pois contribuiu para que aperfeiçoássemos nossas capacidades no desempenho de tal atividade e com isto, acreditamos ter contribuído na melhoria da assistência ao cliente diabético.

Objetivo 04 - Realizar visitas domiciliares (VD) para avaliar junto do cliente, família e comunidade, as potencialidades e limitações de implementação do autocuidado.

Para alcançar este objetivo, selecionamos, com a ajuda da supervisora e Enfermeira do grupo de DM, 04 clientes que preenchiam os pré-requisitos por nós estabelecidos para a sua realização, serem residentes na cidade de Florianópolis, próximo ao campo de estágio, disponibilidade e aceitação do cliente/família para a realização da visita, além de uma prévia consulta de enfermagem com estes clientes.

Foram realizadas 07 Visitas Domiciliares para quatro clientes, selecionados através do critério acima citado, sendo necessário marcar 03 com um mesmo cliente e em uma das nossas visitas não se encontrava em sua residência no dia e hora combinados. Íamos sempre em dois enquanto um de nós três ficava prestando assistência no ambulatório B do HU. Para chegarmos até a casa do cliente selecionado, utilizávamos sempre como meio de locomoção um veículo particular (motocicleta).

Para que fosse melhor a abordagem ao cliente/família elaboramos um roteiro segundo a teoria do autocuidado proposto por Dorothea E. Orem, que segue em anexo (04), com aspectos sócio-econômicos; condições ambientais; condições físicas; aspectos culturais; realização do autocuidado em relação a dieta, exercício físico e tratamento; listagem de problemas; orientação do plano de cuidados conforme a sua realidade.

Esta integração com o cliente-família possibilitou-nos conhecer o ambiente onde vivem, reconhecer as necessidades que afetam a sua adesão ou não ao tratamento, os déficits para o autocuidado (dificuldades e limitações) e

assim fornecer-lhes orientações conforme as necessidades apresentadas, além de adequar a sua realidade o plano de autocuidado.

No momento das VDs, estas informações foram ampliadas e através delas, tivemos a oportunidade de interagir com o cliente e seu meio ambiente.

Para melhor caracterização deste objetivo, também registramos os relatórios das visitas domiciliares em forma de SOAP (anexo 05), onde constava as condições gerais do local em que moram: tipo de moradia, se possuíam ou não sistema de iluminação e água, qual o destino do esgoto e lixo; recursos de saúde disponíveis em sua comunidade; número de pessoas que habitam a casa, quantos contribuem na renda familiar; quais os métodos alternativos de tratamento que utilizam; além de escrevermos sobre as condições físicas do cliente; valor glicêmico, níveis tensionais, presença de lipodistrofias ou não, locais de aplicação de insulina, ferimentos cutâneos, pontos de pressão nos pés e diminuição ou perda de sensibilidade corpórea e também um plano de orientações adequado as potencialidades e limitações do cliente.

Segundo JACKSON apud FERREIRA (MIMEO), este refere que *“o exame físico proporciona grandes benefícios para a qualidade da assistência: fornece uma avaliação externa do cliente e, juntamente com a entrevista, oferece uma visão do cliente sobre seus hábitos de saúde, estilo de vida, crenças e valores, fatores de risco , se a atenção do enfermeiro estiver voltada para a interpretação do que está sendo observado e falado pelo cliente, fornece também o grau de desenvolvimento e de habilidade do cliente para atender a si próprio.”*

Percebemos que as visitas domiciliares são importantes porque proporcionam uma continuidade no acompanhamento ambulatorial, uma interação com cliente-família e equipe de saúde, fazendo com que exista maior confiabilidade por parte destes, assim como um estímulo para que o mesmo sintase mais motivado a realizar o autocuidado e retornar ao serviço de saúde.

Constatamos que os clientes previamente consultados e orientados antes de serem visitados procuraram implementar no seu dia-a-dia os cuidados propostos para a promoção de sua saúde, referindo-nos as melhoras de tal conduta; *"não imaginava que uma simples caminhada diária poderia melhorar está dormência nos pés"; "agora não deixo mais o frasco de insulina próximo ao congelador, por saber que não é o local adequado"; "depois que vocês falaram para mim o que é o diabetes é que entendi que não precisaria matá-lo por pensar que este era um bicho".*

Acreditamos ainda que a nível domiciliar o cliente pode melhor assimilar e compreender as informações recebidas, visto que não está mais sob o estresse da hospitalização.

Com este propósito de realizar visitas domiciliares, despertamos para a responsabilidade que a enfermagem tem frente aos clientes, não somente quando estes dependem de uma assistência direta, mas com relação ao seu próprio autocuidado, onde deve-se existir uma educação continuada, a partir da conscientização do cliente e de nossa motivação, dentro e fora do ambiente hospitalar.

Sentimos que o fato de ter um roteiro que permitia a participação do cliente e seus familiares, e que fosse flexível ao ponto de se poder trabalhar com a realidade do indivíduo tal qual ela se apresenta, tenha contribuído em muito na aplicação do mesmo.

Concordamos que desta forma a visita tenha tornado-se um momento agradável para todos, pois não nos sentimos obrigados a levantar dados em uma seqüência rígida e tratando de assuntos que não são prioritários para o cliente.

A medida que íamos estabelecendo um diálogo efetivo com o cliente e família, conseguimos identificar as facilidades e as dificuldades na

implementação do autocuidado. Os familiares e o próprio cliente foram hábeis ao relatar as experiências bem sucedidas, como também souberam explicar as dificuldades que surgiram e o pouco conhecimento que detinham a respeito da sua doença.

Frente a esta situação, buscamos junto ao cliente/família, traçar soluções para os problemas emergentes e reforçar os pontos positivos na efetivação do autocuidado, além de trazer maiores esclarecimentos a respeito da sua patologia e construir junto com os mesmos o conhecimento necessário para a implementação do autocuidado, motivando-os a assumi-los de acordo com os recursos disponíveis na sua vida diária.

Este objetivo foi alcançado parcialmente, visto que conseguimos realizar as visitas previstas, ou seja, no mínimo de 06, dentro do prazo pré-estabelecido, porém com um número menor de clientes, do qual havíamos estabelecido. Mostrou-se ter sido uma experiência de grande valor porque proporcionou-nos aprimorar nossos conhecimentos e reforçar as orientações dadas a nível ambulatorial, segundo os manuais do Ministério da Saúde, e também por ser uma forma importante de promover e avaliar o envolvimento do cliente e sua família , além de identificar os déficits e desvios de saúde dos clientes e familiares visitados e o seu envolvimento na promoção do autocuidado.

Objetivo 05 - Aprofundar conhecimentos sobre a Teoria do Autocuidado e sobre o cuidado de enfermagem à clientes diabéticos.

Para aprofundarmos estes conhecimentos, nos reuníamos no final das manhãs, após o término das atividades práticas e realizávamos leituras conforme planejado, em grupo e/ou individualmente com posterior discussão sobre os assuntos abordados: Teoria do autocuidado, segundo o referencial adotado por nós, orientações básicas sobre Diabetes Mellitus, Educação em Diabetes e textos complementares. Concordamos que conhecendo e entendendo o problema, foi possível planejar e elaborar estratégias para ajudar o cliente portador de tal enfermidade e assim promover seu autocuidado.

Concordamos com ROCHA (1988: 01), quando fala que: *“para uma profissão a teoria é fundamental, pois orienta sua ação, revela seus objetivos, forma e recicla seus componentes.”*

Participamos, também de eventos (anexo 10), no decorrer da prática assistencial e paralelamente, como a **Colônia de Férias para Crianças e Adolescentes Diabéticos**, realizada no nosso período de férias, a apresentação de Pôster, sobre a nossa experiência na colônia de férias para diabéticos, na **III Jornada Científica do Hospital Universitário**, e ainda na **VII Semana Científica da Universidade Federal de Santa Catarina** e no **Congresso Brasileiro de Enfermagem na Bahia**, a serem realizados em setembro; além de atividades educativas direcionada a profissionais de enfermagem, nutricionista e assistente social responsáveis pelas unidades de internação, Clínicas Médicas Masculina II e Feminina, sobre educação em diabetes e autocuidado; e também atividades educativas a clientes do ambulatório B do HU, abordando orientações básicas como cuidado com

hipoglicemia e hiperglicemia, além de atividades fora do ambiente hospitalar, envolvendo a população.

Concordamos com VANZIN (1982) apud VALENTE (1989: 03), que *“o enfermeiro possui a capacidade de transmitir aos indivíduos e suas famílias, os conhecimentos e as práticas específicas necessárias para conservar a saúde e prevenir enfermidades, ou a maneira de orientar o indivíduo para autocuidar-se, bem como cuidar de sua família e ajudar na recuperação e reabilitação. “*

Semanalmente nos encontrávamos com a professora orientadora para discutirmos as questões estudadas e sua aplicação na prática, com clientes diabéticos e profissionais da área. Assim como em muitas outras ocasiões participávamos de discussões com a equipe multiprofissional, sobre a situação saúde e doença de cada cliente visitado, principalmente durante as visitas aos clientes internados nas clínicas, que aconteciam as quintas-feiras, pela manhã, e também a respeito dos clientes do ambulatório B do HU.

Quase que diariamente, tirávamos as dúvidas sobre assuntos estudados ou abordados neste período e aprofundávamos mais sobre a conduta a ser utilizada com a supervisora do estágio e responsável pelos clientes DM e ações de enfermagem, além de, ao término da semana, avaliarmos, com a mesma, nosso desempenho e/ou questões que houvessem ficado pendentes, para assim melhorarmos ainda mais a nossa assistência ao cliente e sua família.

A ajuda da supervisora nos foi útil, por se tratar de uma pessoa experiente, com uma visão ampliada sobre o assunto e com uma grande bagagem de saber, ampliou nossos conhecimentos e nos estimulou à prática.

Para OREM (1985) apud BIRK (1996), o processo de aprendizagem inclui o desenvolvimento gradual do indivíduo de um repertório de práticas de autocuidado e habilidades relacionadas.

Para reforçar ainda mais o estudo, avaliamos junto com os clientes atendidos a sua situação saúde-doença, seus conhecimentos, crenças e medos sobre o DM e como cada um deles superava e tratava o seu problema, procurando junto com eles melhorar ainda mais a sua independência para o autocuidado.

Percebemos que as atividades em grupo, realizadas por nós, com os clientes e funcionários, proporcionou a todos, a identificação como pessoa, o que nos fez sentir reconfortados por verificar que não somos os únicos a termos medos, inseguranças e falta de prática, possibilitando assim, enfrentar estes obstáculos que surgiram no decorrer do estágio.

Podemos constatar que após a realização deste objetivo, estávamos aptos a aplicar a teoria do autocuidado na prática. Foi possível através deste objetivo aprofundar nossos conhecimentos com estudos inerentes ao assunto, além de compreender a importância da troca de conhecimentos ou informações e experiências, trocadas entre a equipe multiprofissional e o cliente/família.

Objetivo 06 - Conhecer o Programa de Diabetes da Policlínica de Referência Regional - 1/SUS, em Florianópolis, e se possível a Associação Paranaense de Diabéticos Juvenis - APAD, em Curitiba no Paraná (PR).

Para que fosse possível alcançar este objetivo, primeiramente contactamos com o programa de diabéticos da Policlínica de Referência Regional, localizada na rua Esteves Júnior, 84, no centro de Florianópolis, através de um ofício encaminhado via Fax, e dirigido a Coordenadora de Enfermagem desta instituição (anexo 07). Recebemos a confirmação por telefone e fomos então no dia 09 de junho, pela manhã, visitar o programa DM.

Fomos recebidos pela Enfermeira Vera, que nos mostrou a estrutura física da policlínica, um prédio de 06 andares inaugurado em 22 de novembro de 1973. O Programa de Diabetes, que funciona no 2º. andar, junto com o programa de hipertensos teve início em 1989 e está organizado em uma área com 04 consultórios, 01 sala para verificar a pressão e pesar (sala de triagem) e 01 outra para realizar a glicemia capilar e repousar em casos de complicações agudas, como uma hipoglicemia, no local.

A equipe de saúde que presta serviços aos clientes diabéticos, atualmente, compõe-se de 01 Enfermeira, 01 técnico de enfermagem, 02 agentes administrativos, 01 médico, e 01 escriturária, para cada período, matutino e vespertino.

A auxiliar de enfermagem recebe os clientes, realiza a triagem e agenda um consulta com o médico e/ou com a Enfermeira do programa de DM, que depois será remarcada para daqui a 02 ou 03 meses.

A procedência dos clientes é na maioria da grande Florianópolis. Vindo encaminhados de várias instituições e programas, de outros profissionais espontaneamente.

Este encaminhamento é via agendamento pelo posto de sua cidade e/ou bairro e consultam a cada intervalo de 02 ou 03 meses, como já havíamos mencionado, devido a crescente demanda e a carência de pessoal.

A média de consultas de enfermagem no período matutino é de 06 pessoas atendidas em um consultório próprio. A faixa etária é por volta dos 40 anos. Os clientes consultados no programa têm ainda um prontuário próprio, além do já existente na rede do SUS (Documentação - anexo 06).

O objetivo deste programa é de esclarecer aos clientes portadores de DM as orientações básicas à respeito dos cuidados com seu tratamento, além de distribuírem insulinas, hipoglicemiantes orais, medicamentos e seringas para a aplicação e uso do diabético.

Alguns clientes do grupo de DM também participam de atividades em grupo como bingos e aulas de ginástica oferecido pelo programa, que tem um papel relevante na aprendizagem destes clientes para a promoção do autocuidado, segundo a Enfermeira responsável pelas consultas de enfermagem no período da manhã, que declarou num bate-papo informal no dia da visita.

Durante o período de estágio também tentamos conhecer a Associação Paranaense de Diabéticos Juvenis - APAD, localizada na avenida Iguaçu, 4263, na vila Isabel em Curitiba no Paraná, por se tratar de uma associação modelo e reconhecida nacionalmente pelas atividades que vem desenvolvendo. Para isto enviamos um Fax a instituição que em seguida, a Presidente: Maria Cecília Munhoz da Rocha Carreiro, nos emitiu outro dando parecer favorável a nossa visita (anexo 07), porém devido a greve na Universidade, não foi possível

conseguirmos as 03 passagens de ida e volta que necessitávamos para ir a Curitiba no período planejado, no entanto ainda pretendemos realizá-la.

Consideramos ter alcançado em parte este objetivo, dentro das estratégias estabelecidas, o que nos proporcionou conhecer e confirmar a importância de programas estruturados que contam com a participação ativa dos diabéticos, além de nos servir de experiência para a futura atuação nesta área de educação em grupo, já que esta clientela constitui uma faixa de recursos humanos de saúde sobre a qual temos o dever de expandir nossa função de “educador”.

Objetivo 07 - Participar da IIª Colônia de Férias para Crianças e Adolescentes Diabéticos do Estado de Santa Catarina.

Este objetivo não havia sido proposto no projeto, porém foi realizado no período de 05 a 08 de Março de 1998, na sede do Serviço Social do Comércio (SESC) em Cacupé, Florianópolis.

Em um ambiente muito agradável tivemos a oportunidade de realizar uma convivência intensiva com jovens diabéticos insulino-dependentes, entre 7 e 17 anos. Onde estavam presentes profissionais e acadêmicos de várias áreas que acompanhavam o grupo, entre eles: enfermeira, médicos, nutricionista, psicólogas, assistente social e professores de educação física, que trabalharam voluntariamente para o seu sucesso.

Distribuídos em seis (06) cabanas, numa média de cinco (05) pessoas por cabana, de acordo com o sexo e a idade, para que fosse melhor a adaptação, sendo 3 ou 4 jovens DM, uma (01) recreacionista, um acadêmico de enfermagem e mais um (01) profissional da equipe multiprofissional que ficavam alojados junto, tanto por razões de segurança quanto para poderem trocar experiências de maneira mais intensa.

Acordávamos por volta das 07:00h, e na maioria das vezes éramos quem levantava primeiro chamando os demais. De qualquer maneira alguém sempre passava nas cabanas e dava um toque na porta avisando os horários (03:00h da madrugada e 07:00h da manhã). Após a higiene matinal, cada um era responsável por uma tarefa na organização de sua cabana e da limpeza da mesma. Camas feitas, banheiro limpo, lixo recolhido e louças lavadas eram tarefas que cada um assumia através de rodízios. Às vezes algumas refeições eram realizadas nas cabanas, como por exemplo, o desjejum.

As glicemias eram feitas cinco vezes ao dia (07:30, 11:30, 17:30, 21:30 e às 03:00h), o que permitia acompanhar os valores glicêmicos de cada jovem. Mesmo que não estivessem habituados a realizá-los em casa, nesta frequência, esse exames eram de fundamental importância durante a CFD em razão da profunda alteração que os participantes sofrem na sua rotina.

Observamos que os jovens eram independentes para o autocuidado, mesmo os pequeninos: realizavam sua glicemia capilar, preparavam e aplicavam sua própria insulina conforme esquema; supervisionávamos e auxiliávamos quando solicitados ou quando surgia alguma dúvida.

A princípio, a insulina era administrada da mesma maneira que vinha sendo feita em casa. No entanto, modificações eram geralmente necessárias para adaptar o jovem a nova situação que estava vivendo. Devido as atividades físicas, as dosagens eram reduzidas para prevenir crises de hipoglicemia.

No momento da aplicação de insulina procurávamos discutir com cada um o porquê de algumas condutas tomadas, como por exemplo, o de preferir a aplicação no abdômen por ser um local de fácil aplicação e absorção intermediária, com menos influência da prática de atividades físicas, como por exemplo o movimento na piscina.

Um controle adequado dos clientes diabéticos, é imprescindível, para que se tenha uma avaliação sistemática de seus níveis glicêmicos, além de ser muito importante para o indivíduo diabético que pode entender a variação glicêmica do seu diabetes, em função das variações da dieta e da atividade física do seu dia-a-dia.

As atividades esportivas aconteciam no período da manhã e tarde e obedeciam uma programação normal de acampamentos de férias, acrescida de características específicas do tratamento do diabetes.

Fazíamos caminhadas, jogávamos futebol, basquete, vôlei, em algum momento do dia geralmente após o almoço, procurava-se dar espaço também a atividades culturais, como participar de grupos de dança, artes plásticas e teatro, além de nadarmos todas às tardes. A natação era a atividade predileta e

esperada por todos. Eram momentos de integração com o grupo e de descontração. No entanto, exigia de nós uma atenção redobrada, pois precisávamos estar atentos a qualquer sinal ou sintoma de hipoglicemia e estar preparados para intervir no que fosse preciso.

A atividade física é incentivada dentro e fora da colônia para os jovens diabéticos, em razão dos benefícios metabólicos e psicológicos que ela pode proporcionar, pois esta aumenta a sensibilidade do organismo à ação da insulina e advém uma diminuição da glicemia e também das necessidades de insulina (Vivolo e Ferreira apud Sertian, 1995).

Para refazer as energias, geralmente, nos reuníamos na churrasqueira e comíamos todos juntos a dieta programada pela nutrição, compartilhando com os outros experiências vivenciada no dia-a-dia da colônia. Era muito divertido, cada um trazia seu prato e talheres e era responsável pela higiene e conservação dos mesmos. Alguns fugiam da obrigação de lavar a sua louça, alegando ser coisa "de mulher" mas sempre eram encorajados a realizar a sua tarefa.

Durante às noites na colônia aconteciam festas com temas diferentes: Festa do Avesso - onde tínhamos que ir com toda a roupa do avesso; Festa dos Talentos - onde cada cabana apresentou um talento: Dança da vassoura, Dança do Boi-Bumbá, Dança Cigana, Um desfile transformista (O campeão em aplausos), Tributo a "Kelly Jones" e Declamação de poemas, Apresentação de jornal repórter e Música, bem diversificado e divertido; e a Festa do Hawai que aconteceu na última noite e que foi a mais aproveitada por todos, entre frutas e refrescos, muitas danças e brincadeiras todos se divertiram muito.

Diariamente ocorriam, reuniões educativas que visavam uma discussão coletiva sobre assuntos mais importantes para o dia-a-dia do diabético. Entre eles destacamos alguns como alimentação, atividade física, tipos de insulina, controles domiciliares e também as complicações.

Durante a madrugada acordávamos às 03:00 horas para realizar a glicemia noturna, em todas as crianças e as observávamos dormindo, além de

verificarmos os valores glicêmicos. Não foi raro, os mesmos apresentarem episódios de hipoglicemia durante a colônia de férias.

A hipoglicemia ocorre quando a glicose sanguínea cai abaixo de 50 a 60 mg/dl acompanhado de sintomatologia e melhora dos sintomas após ingestão de carboidratos. Pode ser causada por excesso de insulina, pouca alimentação ou atividade física excessiva, podendo ocorrer a qualquer hora do dia ou a noite. A hipoglicemia da madrugada pode ocorrer devido ao pico de ação das insulinas NPH ou lenta ao anoitecer, especialmente naqueles que não tenham feito um lanche na hora de dormir ou realizaram muita atividade física durante o dia (Brunner, 1994).

Levando em consideração o exposto acima e que durante a colônia de férias os participantes realizavam mais atividades físicas que rotineiramente, é reforçada a necessidade da realização do teste da glicemia capilar de madrugada para prevenir o aparecimento de hipoglicemias severas neste período. Bem como para identificar alterações que possam contribuir no ajuste de dose para o dia seguinte.

No período que participamos da IIª Colônia de Férias para Crianças e Jovens Diabéticos, muitas emoções e sentimentos foram vivenciados por nós. Em alguns momentos uma enorme alegria tomou conta de nós e ao mesmo tempo uma preocupação e apreensão relacionada a responsabilidade assumida para com os jovens, crianças e seus familiares, que nos confiaram a guarda de seus filhos.

Participar da colônia de férias para diabéticos, representou para nós um método eficaz de aprender e conviver com o processo de educação de diabéticos e profissionais de saúde, além de uma oportunidade de lazer e vida em comunidade com as crianças e adolescentes, possibilitando um melhor convívio com o diabetes. (Em anexo – 08 o artigo que será publicado).

CONCLUSÃO

Neste estudo destacamos alguns elementos do estágio de prática assistencial relativo ao processo de enfermagem, tais como, a consulta de enfermagem, a visita domiciliar, o papel educativo da (o) Enfermeira (o) enquanto provedor e facilitador do autocuidado. Para que o objetivo deste trabalho se tornasse realidade, utilizamos como marco teórico a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, por ser a teoria que melhor se adapta, ao nosso ver, no atendimento das necessidades do cliente diabético.

Buscamos conhecer a expressão destas atividades ao longo do estágio e suas relações com os indivíduos e com a instituição. No entanto não imaginávamos que inúmeros fatores contribuiriam neste processo, como a valorização dos princípios, crenças, conhecimento, experiências prévias de vida de cada indivíduo, tanto profissional como do cliente.

Além disso, as relações intra e extra-familiares, as trocas ambientais, tudo funcionando num universo dinâmico e altamente interacional exercendo e sofrendo influências mútuas. A amplitude deste cotidiano exigiu de nossa parte uma constante busca de conhecimentos e aprimoramento tanto teórico quanto prático, levando-nos a aprofundar os conhecimentos através de consultas bibliográficas atualizadas, discussões com profissionais da área, com a orientadora e com a supervisora.

A prática assistencial possibilitou avaliarmos o envolvimento do cliente/família no autocuidado, através de suas ações cotidianas vivenciadas na visita domiciliar quando solicitávamos aos mesmos para fazerem uma demonstração prática ou explicassem algum procedimento. Essa atividade fazia

com que estes refletissem sobre estas práticas e seus porquês. Através do processo reflexivo que o cliente/família obtém um maior crescimento pessoal desenvolvendo a sua percepção sobre suas potencialidades e dificuldades quanto ao autocuidado.

Os clientes, familiares e profissionais com o qual trabalhávamos, manifestaram apoio, estímulo e confiança no nosso trabalho para que conseguíssemos chegar ao fim de mais uma etapa da nossa vida acadêmica, com orgulho e dedicação. Em alguns momentos houve divergências de opinião entre nós, as quais foram contornadas com bom humor e diálogo franco.

Finalmente para nós foi extremamente importante a interação obtida com cada cliente/família durante as atividades desenvolvidas no estágio, quer seja no ambulatório, nas clínicas ou em suas residências, bem como a interação com os profissionais de saúde.

Esta assistência prestada foi planejada levando em consideração suas crenças, hábitos e forma de vida, para possibilitar o conhecimento acerca da doença e torná-lo capaz de autocuidar-se.

A metodologia que utilizamos para trabalhar com os clientes diabéticos, levava-os a promover mudanças internas no seu tratamento, pois o estímulo dado para que realizassem seu próprio autocuidado, fez estes clientes passarem de passivos para ativos, além de ter sido um processo de reflexão e troca de conhecimentos entre nós, futuros profissionais, e os diabéticos.

BIBLIOGRAFIA

- ALONSO, I. K. Buscando caminhos para viver saudável: Uma Proposta Educativa de Enfermagem voltada às mulheres primogenitoras, em seus enfrentamentos cotidianos. Florianópolis: UFSC, 1994. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1994.
- ARAÚJO & BARROS. Problemas de um Serviço de Enfermagem , Experiência na Estrutura de um Programa de Trabalho. Rev. Bras. Enf. Brasília, 39 (2/3): 21 - 25, abr./set. 1986.
- BIRK, C. M., ROSA, M. O., HUNKA, R. , CIDADE, S. Vivenciando as mudanças do climátero: uma proposta assistência fundamentada na teoria de Dorothea Orem. Florianópolis: UFSC, 1996. Relatório de Estágio (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- BRANDÃO, Carlos R. O que é Educação. 6ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1982.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças crônicas-degenerativas. Diabetes Mellitus: Guia Básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, 1993/1995/1996.
- BRUNNER, S. L. , SUDDARTH, D. S. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 1994.
- CASTELLANOS, B. E. P. , CASTILHO, V. Marco Conceitual da Assistência de Enfermagem - Considerações Gerais. In CAMPEDELLI, M^a. C. (org.). Processo de Enfermagem na Prática. São Paulo: Ática S.A , 1989. cap. 2, p. 22 - 30.

- CHIRINOS, Narda E.C. Modelo conceitual e operacional de educação para o autocuidado, de indivíduos colostomizados. Florianópolis UFSC. novembro/1988. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1988.
- CONCEIÇÃO, E. S. , CABRAL, G.A.L., VILL, T.M. Proposta de Assistência de Enfermagem Junto aos Pacientes Portadores de Diabetes Mellitus, Hipertensão Arterial Sistêmica à Nível Ambulatorial e à Participantes Internados - HU. Florianópolis: UFSC, Setembro 1989. Relatório de Estágio (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.
- COSTA, Marina Elisa de Britto. A Equipe Multiprofissional para Assistência do Diabético Participação da Enfermeira. In: ENCONTRO NACIONAL DE EDUCAÇÃO EM DIABETES, 2. 1988, Florianópolis, Anais... Florianópolis: Gráfica M. Darwin, 1988. 169 p. , p. 66 - 81.
- DANIEL, L. F. Enfermagem Planejada. 3ª ed. São Paulo: EPU. 1981.
- DUGAS, B. W. Enfermagem Prática. 3ª ed. Rio de Janeiro: Interamericana. p. 470, 1978.
- FERREIRA, Aurélio Buarque de Holanda. Minidicionário da Língua Portuguesa. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1993.
- FREIRE, P. Conscientização: Teoria e Prática de Libertação. 3ª ed. São Paulo: Moraes, 1980.
- GEORGE, Julia B. Teoria de Enfermagem. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

GEREMIAS, Rosimeri, VIEIRA, Samira D'Ávila. Orientando o autocuidado segundo Dorothea Orem: Um incentivo ao paciente crônico. Florianópolis: UFSC, dezembro de 1996. Relatório de Estágio (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.

HELMAN, Cecil G. Cultura, Saúde e Doença. Tradução por MUSSNICH, Eliane. Porto Alegre: EPU, 1994. Tradução de: Culture, Heath e lIenes.

HÜHNE, Leda Miranda (org.). O Ato de Estudar. Rio de Janeiro: Agir, 1987. p. 14 - 20: Metodologia Científica - Cadernos de Textos e Técnicas.

MONTICELLI, M. Teorias de Enfermagem: resumo. Apostila Didática - UFSC, 1996. (MÍMEO).

NASCIMENTO, Z.P. O enfermeiro como agente educativo. Revista de Enfermagem Atual. Rio de Janeiro, n. 2, p. 14 - 47, ano I, 1978.

NOGUEIRA, M.J. e FONSECA, R.M.G.S. A visita domiciliar como método de assistência de enfermagem à família. Revista da Escola de Enfermagem da USP. V. 11, n.1, p. 28 - 50. 1977.

PADILHA, M. I. C. S. A Aplicabilidade da Teoria do Autocuidado na Consulta de Enfermagem - Proposta de um Modelo. Rev. Hospital - Adm e Saúde. v. 17, n. 14, Jul./Agos. 1993.

PADILHA, M.I.C.S. et al. Visita Domiciliar: uma alternativa assistencial. Revista Enfermagem UERJ. Rio de Janeiro. v.2, n.1. P. 83 - 90. maio/1994.

PATRÍCIO, Zuleica Maria . Consulta de Enfermagem: do estudo de viabilidade a metodologia. Florianópolis: UFSC, 1990. Trabalho apresentado no Curso de Especialização de Enfermagem no Trabalho. (MÍMEO).

- PAZ, C. Raul Lorda (org.). A Exercitação Física: Objetivos Gerais e Específicos em Ginásticas. Porto Alegre: Sogna, 1990. p. 27 - 31: Educação Física e Recreação para Terceira Idade.
- ROCHA, Semiramis Melani Melo. Prefácio. Rev. Bras. Enf. Brasília, 41(2): 91-172, abr. / jun. 1998.
- SANTIN, Silvino. Educação Física outros Caminhos. 2ª ed. Porto Alegre: EST/ESEF - UFRGS, 1993. p. 73.
- SASSO, Grace Terezinha Marcon Dal. A crise como uma oportunidade de crescimento para a família que enfrenta uma doença aguda: um desafio para enfermagem. Florianópolis: UFSC, 1995. 228 p. Dissertação (Mestrado em Assistência de Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.
- SETIAN, N., DAMIANI, D., DICHTCHEKENIAN, V. Diabetes Mellitus na criança e no adolescente: encarando o desafio. São Paulo: Sarvier, 1995.
- SILVA, A.L. O processo de cuidar em enfermagem. Revista Baiana de Enfermagem. V.6, n.2, p. 117 - 126, 1993.
- SILVA, Cynara Müller. et al. Assistindo o paciente hanseniano na prevenção de incapacidade física simples. Florianópolis: UFSC, 1996. 186 p. Relatório de Estágio (Graduação em Enfermagem) – Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1996.
- SILVA, H. M. Aplicação de um Marco Conceitual para a Assistência de Enfermagem à Adultos, Hospitalizados Portadores de Doenças Crônicas. Florianópolis, UFSC, julho de 1987. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Curso de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1987.

SILVA, M. O. et al. Participação do Enfermeiro na Equipe Multiprofissional do Plano de Educação, Controle e Prevenção do Diabetes Mellitus no HU CFF-RJ. Rev. Bras. Enf. Brasília, V. 45, n. 2/3, p. 133 - 144, abr./ set. 1992.

SILVA, Vaníria Ana. Psicologia Escolar. Itajaí: UNIVALI, Dezembro de 1995. Relatório de Estágio (Graduação em Psicologia) - Curso de Graduação em Psicologia, Universidade do Vale do Itajaí, 1995.

SOUZA, A. , CRUZ, E. Z. , SOUZA, J. H. , LAMI, M. M. R. Proposta de Assistência de Enfermagem aos Pacientes Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus, segundo Teoria de Dorothea Orem. Florianópolis: UFSC, 1990. Relatório de Estágio (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1990.

THE DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEACH GROUP:
The effect of intensive treatment of diabetes on the development and progression of long - term complications in insulindependent diabetes mellitus. N. Engl. J. Med. 329(14):977, 1993.

TRENTINI, Mercedes, DIAS, Lygia P. Müller. Meu primeiro projeto assistencial. Florianópolis: UFSC, 1994.

VALENTE, D. C. , ANDRADE, Z. D. Proposta de Assistência de Enfermagem junto aos Clientes Portadores de Diabetes Mellitus, Hipertensão e Pneumopatias Crônicas Fundamentadas em alguns Conceitos da Teoria de Dorothea E. Orem e Wanda de Aguiar Horta. Florianópolis: UFSC, 1989. Relatório de Estágio (Graduação em Enfermagem) - Curso de Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, 1989.

VERDI, M. Visita Domiciliar: um método de assistência de enfermagem à família. Apostila didática - UFSC, 1996. (MÍMEO).

ZAGURY, L. , ZAGURY, T. , GUIDACCI, J. Diabetes sem Medo. Rio de Janeiro:
Rocco, 1984.

ANEXOS

SUMÁRIO

ANEXO 01

PLANTA FÍSICA
ORGANOGRAMA

ANEXO 02

DOCUMENTOS UTILIZADOS NO AMBULATÓRIO B DO HU

ANEXO 03

ATIVIDADES EDUCATIVAS

ANEXO 04

ROTEIROS

ANEXO 05

RELATÓRIOS

ANEXO 06

DOCUMENTOS UTILIZADOS NO PROGRAMA DE DIABETES - PAM

ANEXO 07

FORMALIDADES

ANEXO 08

ARTIGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

ANEXO 09

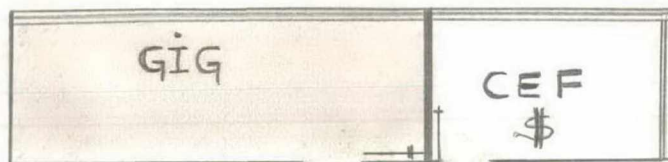
CERTIFICADOS

ANEXO 10

CRONOGRAMA

ANEXO 01

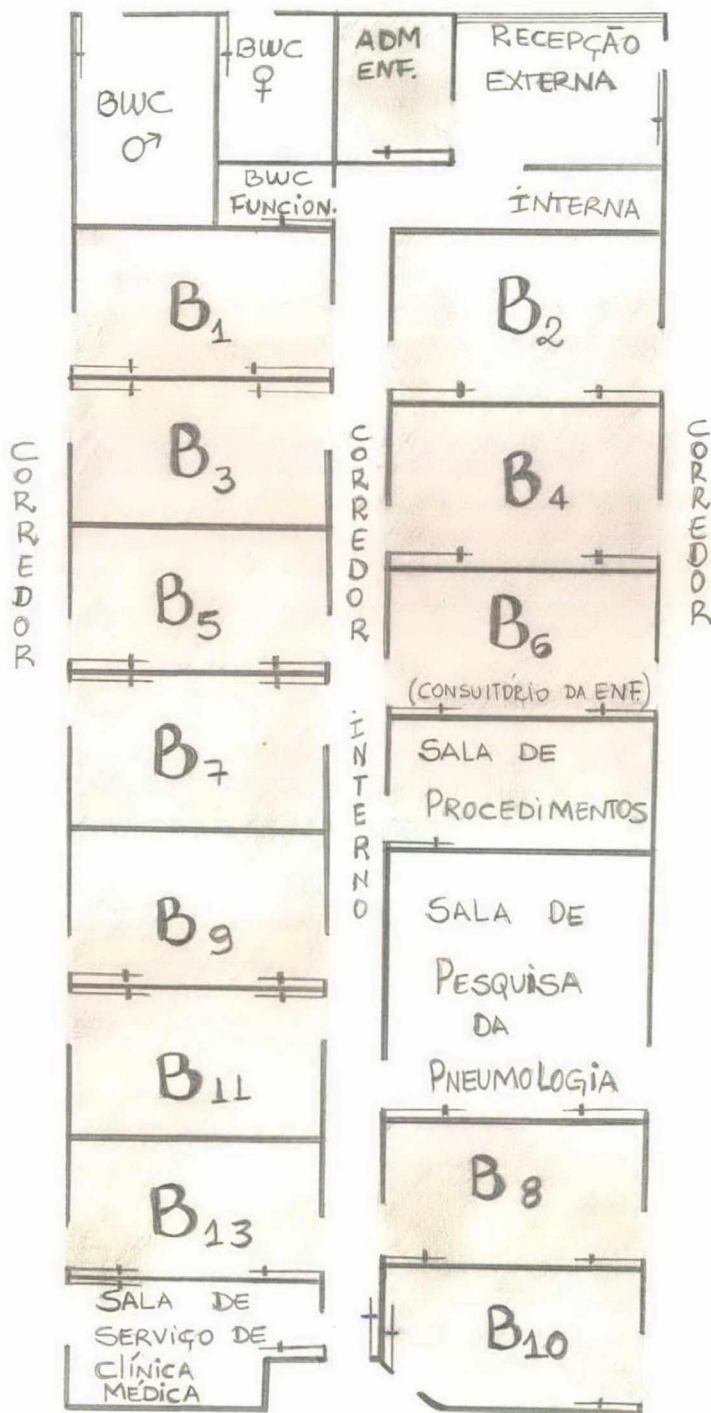
**PLANTA FÍSICA
ORGANOGRAMA**



AMBULATÓRIOS

ÁREA C

ÁREA A

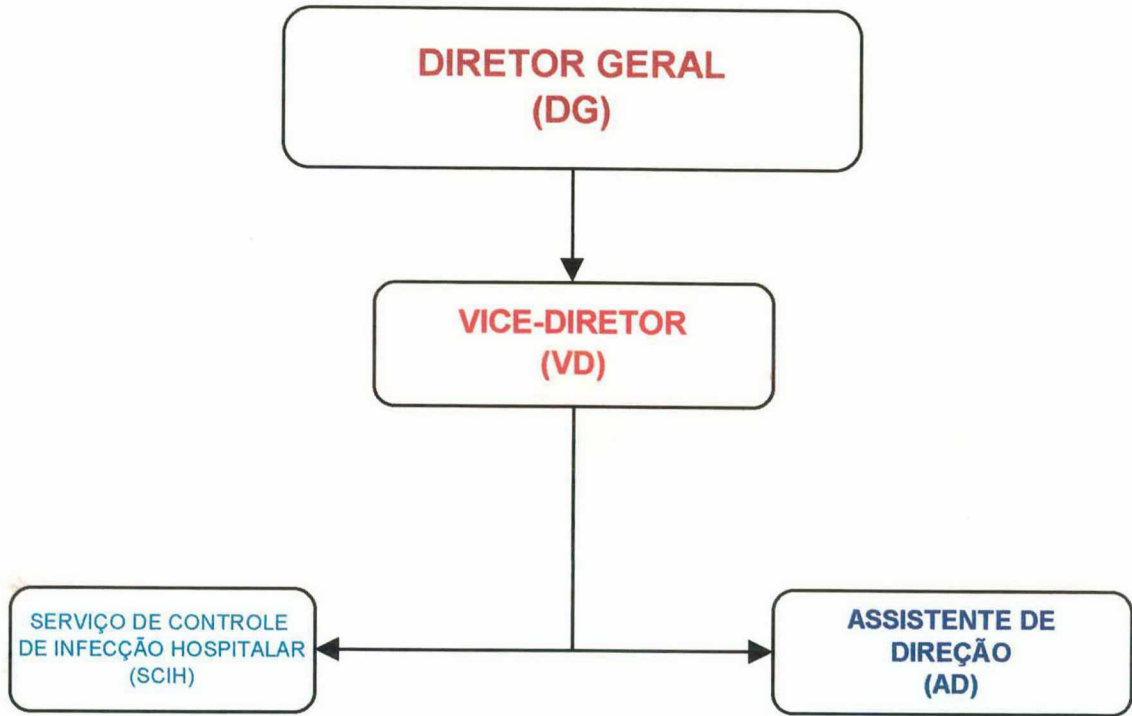


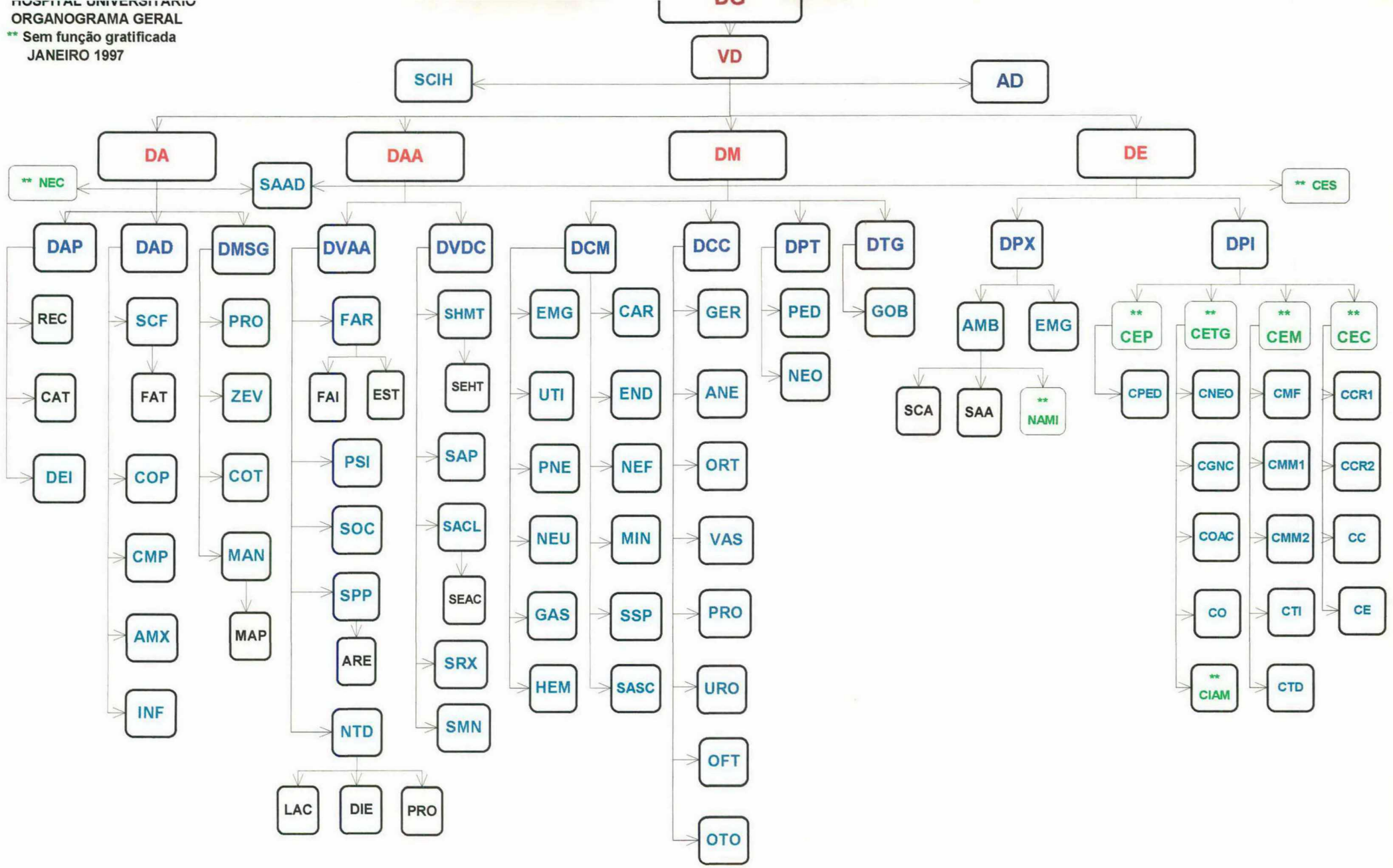
ÁREA B

SALA DA BRONCOSCOPIA

ORGANOGRAMA DA DG/HU

JANEIRO 1997





ORGANOGRAMA DA DA/HU

** Sem função gratificada
JANEIRO 1997

DIRETORIA DE ADMINISTRAÇÃO (DA)

** NUCLEO DE ENGENHARIA BIOMÉDICA (NEC)

SERVIÇO DE APOIO ADMINISTRATIVO DAS DIRETORIAS (SAAD)

DIVISÃO AUXILIAR DE PESSOAL (DAP)

SEÇÃO DE REGISTRO E CONTROLE (REC)

SEÇÃO DE CAPACITAÇÃO TÉCNICA (CAT)

SERVIÇO DE DESENVOLVIMENTO DE EDUCAÇÃO INFANTIL (DEI)

DIVISÃO DE ADMINISTRAÇÃO (DAD)

SERVIÇO DE CONTROLE FINANCEIRO (SCF)

SEÇÃO DE FATURAMENTO (FAT)

SERVIÇO DE COMPRAS (COP)

SERVIÇO DE CONTROLE DE MATERIAL E PATRIMÔNIO (CMP)

SERVIÇO DE ALMOXARIFADO (AMX)

SERVIÇO DE INFORMÁTICA (INF)

DIVISÃO DE MANUTENÇÃO E SERVIÇOS GERAIS (DMSG)

SERVIÇO DE PROCESSAMENTO DE ROUPAS (PRO)

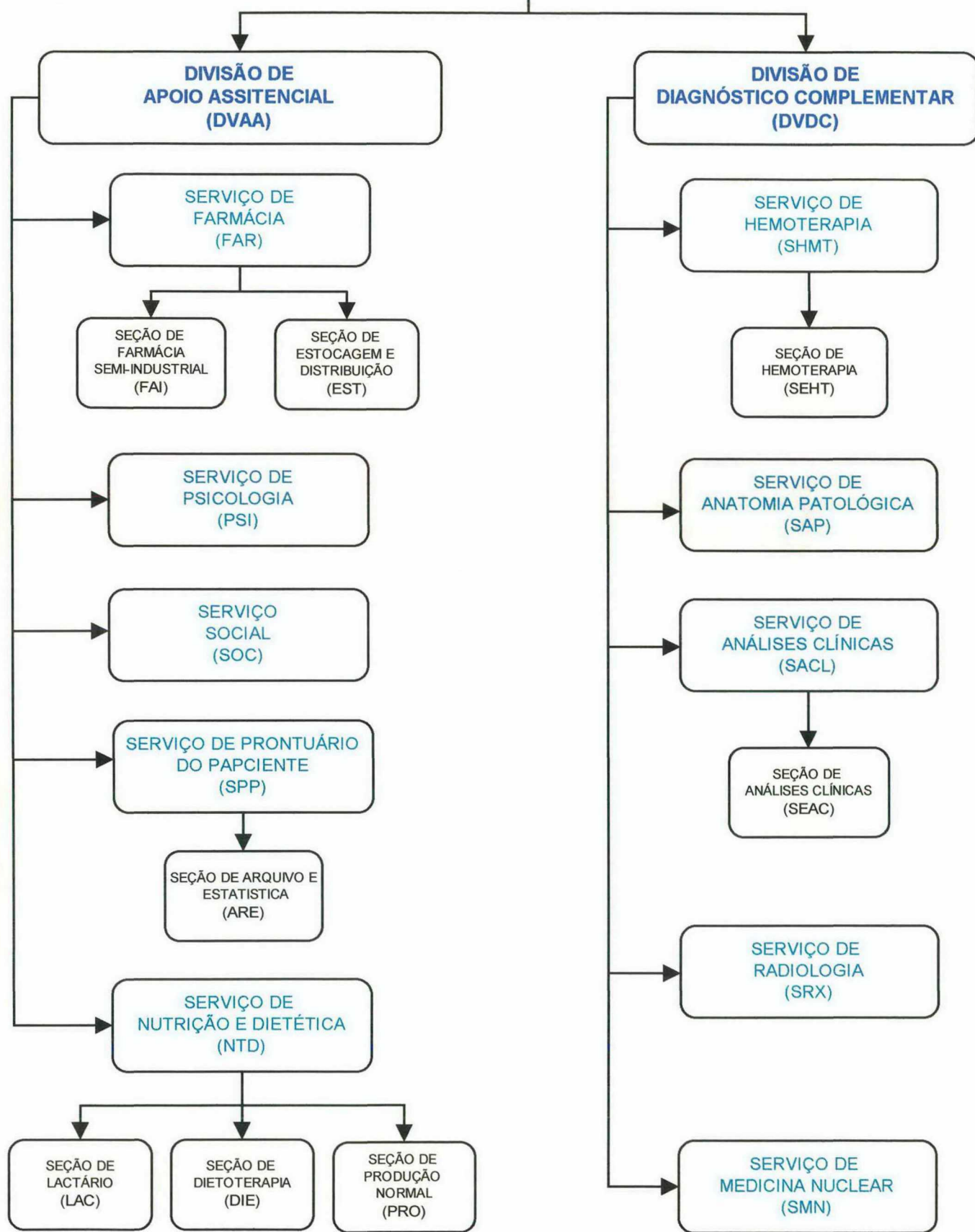
SERVIÇO DE ZELADORIA E VIGILÂNCIA (ZEV)

SERVIÇO DE COMUNICAÇÃO E TRANSPORTE (COT)

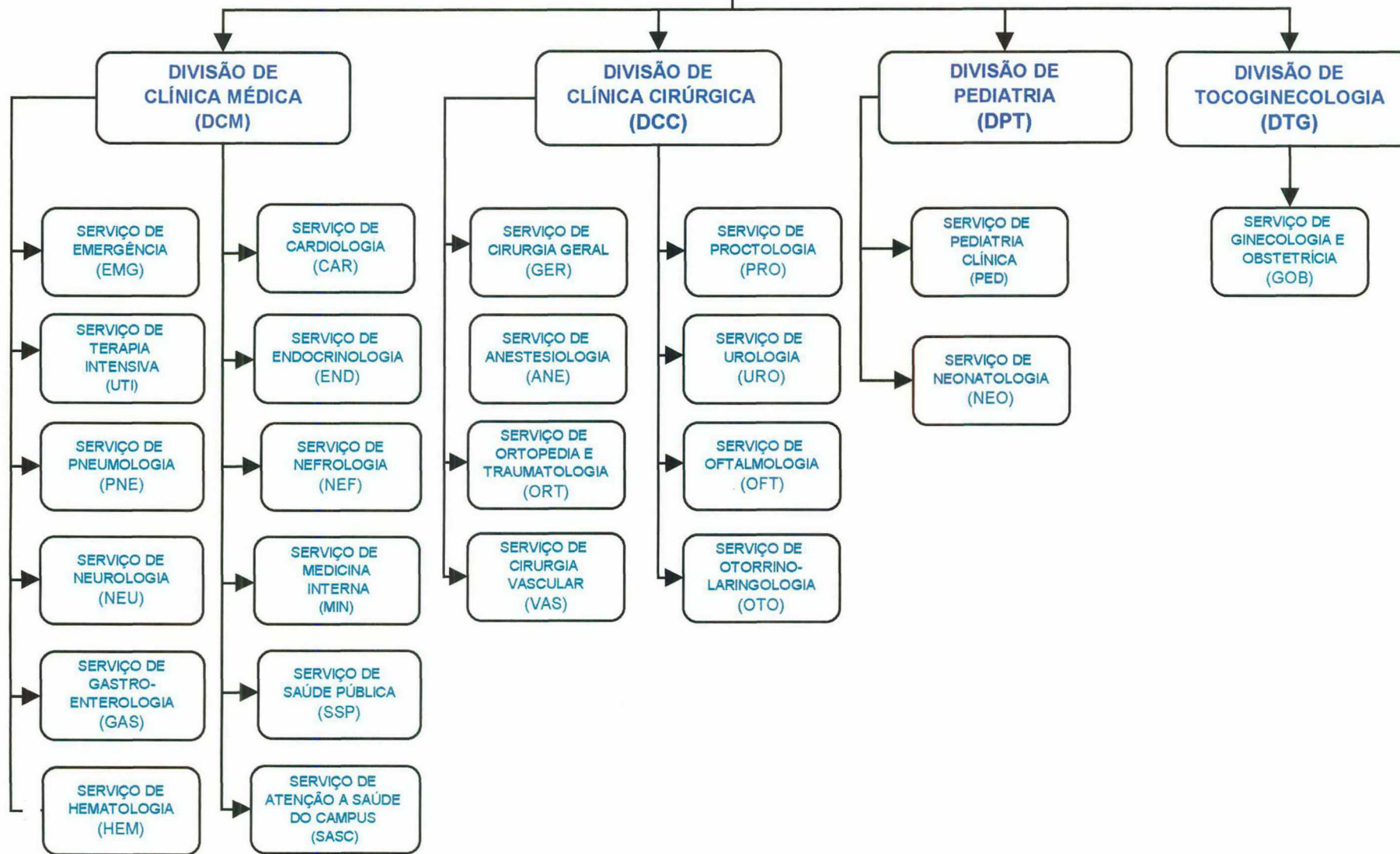
SERVIÇO DE MANUTENÇÃO (MAN)

SEÇÃO DE MANUTENÇÃO PREDIAL (MAP)

DIRETORIA DE APOIO ASSISTENCIAL (DAA)



**DIRETORIA DE
MEDICINA
(DM)**



ORGANOGRAMA DA DE/HU

** Sem função gratificada

JANEIRO 1997

DIRETORIA DE ENFERMAGEM (DE)

** COMISSÃO DE ÉTICA DE ENFERMAGEM

** COMISSÃO EDUCAÇÃO EM SERVIÇO (CES)

DIVISÃO DE PACIENTES EXTERNOS (DPX)

DIVISÃO DE PACIENTES INTERNOS (DPI)

SERVIÇO DE ENFERMAGEM AMBULATORIAL (AMB)

SERVIÇO DE ENFERMAGEM DE EMERGÊNCIA (EMG)

** COORDENADORIA DE ENFERMAGEM PEDIÁTRICA (CEP)

** COORDENADORIA DE ENFERMAGEM TOCGINECOLÓGICA (CETG)

** COORDENADORIA DE ENFERMAGEM MÉDICA (CEM)

** COORDENADORIA DE ENFERMAGEM CIRÚRGICA (CEC)

SEÇÃO DE CIRURUGIA AMBULATORIAL (SCA)

SEÇÃO DE ASSISTÊNCIA ENF. AMBUL. (SAA)

** NUCLEO AMBULATORIAL MAT. INFANTIL (NAMI)

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA PEDIÁTRICA (CPED)

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA NEONATOLÓGICA (CNEO)

SERVIÇO ENF. DA CLÍN. GINEC. E TRIAG. OBST. (CGNC)

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA OBSTÉTRICA (COAC)

SERVIÇO ENF. DO CENTRO OBSTÉTRICO (CO)

**CENTRO DE INCENTIVO AO ALEITAM. MATERNO (CIAM)

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA MÉDICA FEMININA (CMF)

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA MÉDICA MASCULINA - 1 (CMM1)

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA MÉDICA MASCULINA - 2 (CMM2)

SERVIÇO ENF. DO CENTRO DE TERAPIA INTENSIVA (CTI)

SERV. ENF. DO CENTRO DE TRAT. DIALÍTICO (CTD)

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA CIRÚRGICA - 1 (CCR1)

SERVIÇO ENF. DA CLÍNICA CIRÚRGICA - 2 (CCR2)

SERVIÇO ENF. DE CENTRO CIRÚRGICO (CC)

CENTRO DE ESTERILIZAÇÃO (CE)

ANEXO 02

**DOCUMENTOS UTILIZADOS
NO AMBULATÓRIO B DO HU**



Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário

MARCAÇÃO DE CONSULTA
ENCAMINHAMENTO
S. P. P.

Nome do Paciente: O. C. R.

Data da consulta: 01 / 06 / 98

Registro N°.....

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Esterilidade | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Buco Maxilo | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Obstetrícia |
| <input type="checkbox"/> Patologia | <input type="checkbox"/> Genética | <input type="checkbox"/> Otorrino |
| <input type="checkbox"/> Cabeça e Pescoço | <input type="checkbox"/> Ginecologia | <input type="checkbox"/> Patologia Cervical |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Hematologia | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral | <input type="checkbox"/> Homeopatia | <input type="checkbox"/> Proctologia |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Vasculuar | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input checked="" type="checkbox"/> Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de Mama | <input type="checkbox"/> Nutrição | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Planejamento Familiar |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Torácica | <input type="checkbox"/> Nutrólogo | <input type="checkbox"/> Pneumologia |
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica | <input type="checkbox"/> Oncologia | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Enfermagem | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pediatria | |

Ac. Andréia NE
Assinatura

Mod. 0300/080

Imprensa Universitária



Universidade Federal de Santa Catarina
Hospital Universitário

MARCAÇÃO DE CONSULTA
ENCAMINHAMENTO
S. P. P.

Nome do Paciente:

Data da consulta:/...../.....

Registro N°.....

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alergia | <input type="checkbox"/> Esterilidade | <input type="checkbox"/> Ortopedia |
| <input type="checkbox"/> Buco Maxilo | <input type="checkbox"/> Gastroenterologia | <input type="checkbox"/> Obstetrícia |
| <input type="checkbox"/> Patologia | <input type="checkbox"/> Genética | <input type="checkbox"/> Otorrino |
| <input type="checkbox"/> Cabeça e Pescoço | <input type="checkbox"/> Ginecologia | <input type="checkbox"/> Patologia Cervical |
| <input type="checkbox"/> Cardiologia | <input type="checkbox"/> Hematologia | <input type="checkbox"/> Pediatria |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Geral | <input type="checkbox"/> Homeopatia | <input type="checkbox"/> Proctologia |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Vasculuar | <input type="checkbox"/> Nefrologia | <input type="checkbox"/> Psicologia |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia de Mama | <input type="checkbox"/> Nutrição | <input type="checkbox"/> Psiquiatria |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Plástica | <input type="checkbox"/> Neurologia | <input type="checkbox"/> Planejamento Familiar |
| <input type="checkbox"/> Cirurgia Torácica | <input type="checkbox"/> Nutrólogo | <input type="checkbox"/> Pneumologia |
| <input type="checkbox"/> Clínica Médica | <input type="checkbox"/> Oncologia | <input type="checkbox"/> Reumatologia |
| <input type="checkbox"/> Dermatologia | <input type="checkbox"/> Oftalmologia | <input type="checkbox"/> Urologia |
| <input type="checkbox"/> Enfermagem | <input type="checkbox"/> Hipertensão | <input type="checkbox"/> Endocrinologia |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Diabetes | |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> Pediatria | |

Assinatura

Mod. 0300/080

Imprensa Universitária



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/SUS

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome														Nº do Prontuário			
Idade				Sexo				Cor				Peso		Altura			
AMB	<input type="checkbox"/>	EM	<input type="checkbox"/>	UTI	<input type="checkbox"/>	PED	<input type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	GO	<input type="checkbox"/>	MÉD	<input type="checkbox"/>	SAP	<input type="checkbox"/>	Leito	<input type="checkbox"/>
Dados Clínicos:														Carimbo/Autorização			
Material a examinar:																	
Exames Solicitados:																	
														Data / /			
														Ass. e carimbo do médico			

Mod. 0300/053

Imprensa Universitária



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO/SUS

REQUISIÇÃO DE EXAMES

Nome														Nº do Prontuário			
Idade				Sexo				Cor				Peso		Altura			
AMB	<input type="checkbox"/>	EM	<input type="checkbox"/>	UTI	<input type="checkbox"/>	PED	<input type="checkbox"/>	CC	<input type="checkbox"/>	GO	<input type="checkbox"/>	MÉD	<input type="checkbox"/>	SAP	<input type="checkbox"/>	Leito	<input type="checkbox"/>
Dados Clínicos:														Carimbo/Autorização			
<p style="text-align: center;">PCR SEMANA</p>																	
<p style="text-align: center;">(SEGUNDA À SEXTA-FEIRA)</p>																	
Exames Solicitados:														Data / /			
<p>Glicemia = <input checked="" type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Glicoseúria = <input type="checkbox"/></p> <p>Cetonúria = <input checked="" type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>GASOMETRIA ARTERIAL = <input type="checkbox"/></p>														Ass. e carimbo do médico			

Mod. 0300/053

Imprensa Universitária

**SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DIRETORIA DE MEDICAMENTOS BÁSICOS**

FICHA DE INSCRIÇÃO ⊕ FOTOCÓPIA DA CARTEIRA
DE IDENTIDADE

NOME DO PROGRAMA: _____ REGIONAL: _____

PACIENTE _____

DATA DE NASCIMENTO ___ / ___ / ___

ENDEREÇO _____

BAIRRO: _____ COMPLEMENTO: _____

RESPONSÁVEL: _____ FONE: _____

MUNICÍPIO _____ CEP: _____

CARTEIRA DE IDENTIDADE _____ CPF: _____

MEDICAMENTO: _____

POSOLOGIA DIÁRIA: _____

TOTAL DE FRASCOS/MÊS _____

NOME, MATRÍCULA DO FUNCIONÁRIO RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO

ASSINATURA

DATA ___ / ___ / ___

ANEXO 03

ATIVIDADES EDUCATIVAS
AMBULATÓRIO
UNIDADES DE INTERNAÇÃO
FORA DO AMBIENTE HOSPITALAR

PLANEJAMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA NO AMBULATÓRIO

DATA: 06/04/98


LOCAL: Sala do Grupo da Terceira Idade (GIG)

HORÁRIO: 07:30H ÀS 08:30H


DURAÇÃO: 01 hora

ASSUNTO: Dieta

1 – OBJETIVO GERAL:

 Averiguar junto aos clientes e familiares o grau de conhecimentos relacionados a sua alimentação.

1.1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

 Mostrar um vídeo sobre alimentação para diabéticos.

 Aplicar um questionário sobre o tema.

 Discutir sobre os alimentos que compõem a dieta do cliente diabético.

2 – POPULAÇÃO ALVO: Clientes que fazem parte do grupo de DM do HU (GRUMAD) e seus familiares, agendados para este dia.

3 – CONTEÚDO: Dieta

4 – METODOLOGIA:

Inicialmente os acadêmicos farão sua apresentação e em seguida dos objetivos da atividade educativa. Logo após será passado um vídeo educativo sobre dieta para clientes diabéticos. E na seqüência a aplicação de um questionário abordando questões sobre o tema dieta.

5 – AVALIAÇÃO:

Será feita de forma verbal, através de um debate com os clientes e familiares, para que coloquem suas percepções acerca da atividade e de seus momentos.

6 – BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças crônicas-degenerativas. **Diabetes Mellitus:** Guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, 1993/1995/1996.



Assinale as respostas corretas:

1. Quais dos alimentos abaixo podemos ingerir à vontade?

- alface e limonada com adoçante
- tomate e chá com adoçante
- pudim e gelatina dietética
- cachorro-quente e refrigerante
- couve-flor e repolho

2. Quais os alimentos abaixo que devemos comer em pequena quantidade?

- arroz e macarrão
- leite, queijo e iogurte
- banana, maçã
- uva, tangerina



3. Quais os alimentos que devemos evitar?

- açúcar e mel
- chocolate e refrigerante comuns
- frituras, carnes gordas
- bolacha recheada, Nescau e Toddy
- batata e polenta

Elaboração:
Nutricionista - Sonia M^a Batista
Enf^a - Rita de Cássia B. Sandoval

PLANEJAMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA NO AMBULATÓRIO

DATA: 27/04/98


LOCAL: Sala do Grupo da Terceira Idade (GIG)

HORÁRIO: 07:30H ÀS 08:30H

DURAÇÃO: 01 hora

ASSUNTO: Cuidado com os Pés

1 – OBJETIVO GERAL:

 Repassar para os clientes e seus familiares informações referentes aos cuidados com os pés.

1.1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

 Passar um vídeo sobre cuidados com os pés.

 Aplicar um questionário sobre o tema.

 Promover uma discussão sobre o assunto.

2 – POPULAÇÃO ALVO: Clientes que fazem parte do grupo de DM do HU (GRUMAD) e seus familiares, agendados para este dia.

3 – CONTEÚDO: Prevenção

4 – METODOLOGIA:

Inicialmente os acadêmicos farão sua apresentação e em seguida dos objetivos da atividade educativa. Logo após será passado um vídeo educativo. E na seqüência será aplicado um questionário abordando o mesmo assunto.

5 – AVALIAÇÃO:

Será feita de forma verbal, através de um debate com os clientes e familiares, para que coloquem suas percepções acerca da atividade e de seus momentos.

6 – BIBLIOGRAFIA:

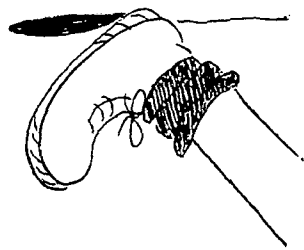
BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças crônicas-degenerativas. **Diabetes Mellitus:** Guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, 1993/1995/1996.

CUIDADOS COM OS PÉS

MARQUE COM UM "X" AS RESPOSTAS CORRETAS.

USE CALÇADOS MACIO, CONFORTÁVEL,

COM MEIAS DE ALGODÃO.



LIMPE OS CALÇADOS ANTES DE USAR.

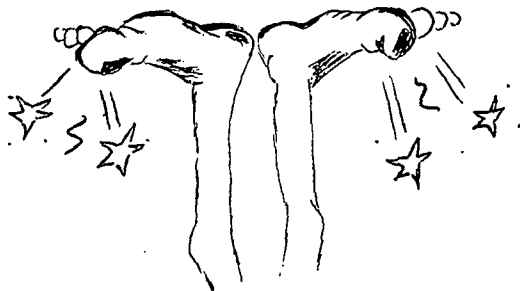


OBSERVE DIARINAMENTE OS SEUS PÉS,

PROCURE FERIDAS, INCHAÇO OU

VERMELHIDÃO. PEÇA AJUDA DE SUA MÃE

SE PRECISAR.



EVITE USAR SADAÍAS.



CORTE AS UNHAS RETAS.



CUIDADOS COM OS PÉS

ASSINALE AS ALTERNATIVAS CORRETAS

- 1- CORTE AS UNHAS EM LINHA RETA, NÃO MUITO CURTAS E NÃO RETIRE AS CUTÍCULAS.
- 2- USE BOLSA DE ÁGUA QUENTE OU TRAVESSEIROS TÉRMICOS PARA AQUECER OS PÉS.
- 3- OBSERVE DIARIAMENTE OS SEUS PÉS, PROCURE FERIDAS, INCHAÇO OU VERMELHIDÃO.
- 4- EXAMINE OS CALÇADOS ANTES DE USÁ-LOS.
- 5- USE SAPATOS OU TÊNIS CONFORTÁVEL COM MEIAS DE ALGODÃO.
- 6- NÃO TRATE LESÕES DOS PÉS EM CASA, SEM RECOMENDAÇÕES DO SEU MÉDICO, NÃO RETIRE CALOS.
- 7- NUNCA ANDE DESCALÇO.

Elaboração:

Enfa - Rita de Cássia Bruno S.

PLANEJAMENTO DA ATIVIDADE EDUCATIVA REALIZADA NO CENTRO DA CIDADE

DATA: 07/04/98


LOCAL: Rua Felipe Schmitd - Calçadão

HORÁRIO: 08:00H ÀS 12:00H

DURAÇÃO: 04 horas

ASSUNTO: DM

1 – OBJETIVO GERAL:

 Participar das Comemorações do Dia Mundial da Saúde, orientando e divulgando o Diabetes para a população.

1.1- OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

 Divulgar o Diabetes a população;

 Orientar sobre seus sinais e sintomas, fatores de risco e como prevenir;

 Distribuir um questionário sobre os fatores de risco para o desenvolvimento do Diabetes.

2 – POPULAÇÃO ALVO: As pessoas que transitam na rua Felipe Schmitd, neste dia.

3 – CONTEÚDO: Fatores de risco para o seu desenvolvimento e Prevenção.

4 – METODOLOGIA:

A divulgação do DM será feita através de Álbum Seriado do Ministério da Saúde, cartazes, questionário e orientações.

5 – AVALIAÇÃO:

Através do interesse, demonstrado pela população, em informar-se sobre a doença; dos questionamentos e dúvidas levantados.

6 – BIBLIOGRAFIA:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças crônicas-degenerativas. **Diabetes Mellitus:** Guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, 1993/1995/1996.

É POSSÍVEL VOCÊ TER DIABETES E NÃO SABER?

FAÇA O TESTE - CONTE OS PONTOS.

Sete milhões de brasileiros são portadores de diabetes e metade não sabe!

Faça o teste para verificar se você apresenta risco de diabetes.

Esta é uma doença bastante séria e muito comum.

Para saber se você apresenta risco, leia as informações abaixo e assinale se for verdade para você. Caso contrário, coloque zero. Some o total de pontos.

1. Meu peso é igual ou acima ao da tabela anexa Sim5_____
2. Eu tenho menos de 65 anos e não faço exercício físico Sim5_____
3. Eu tenho entre 45 e 64 anos de idade Sim5_____
4. Eu tenho 65 anos ou mais Sim9_____
5. Eu sou uma mulher que teve um bebê pesando mais do que 4 Kg ao nascer Sim1_____
6. Eu tenho uma irmã ou irmão com diabetes Sim1_____
7. Um dos meus pais tem diabetes Sim1_____
TOTAL _____

TABELA DE RISCO PARA PESO		
ALTURA -sem sapatos	MULHERES Peso (Kg)	HOMENS -sem roupas-
142	60	
145	62	
147	63	
150	64	
152	66	71
155	67	72
157	69	73
160	71	74
162	72	75
165	74	77
167	76	78
170	77	81
172	79	82
175	81	85
177	82	86
180		87
182		90
185		91
187		94

A tabela acima mostra os pesos com 20% a mais do que é recomendado para homens e mulheres de compleição média. Se o seu peso, em relação à sua altura é igual ou maior do que a da tabela, você tem risco de ter diabetes.

AVALIAÇÃO DE 03 A 09 PONTOS

Se você teve de 03 a 09 pontos, o risco de você ter diabetes é provavelmente baixo no momento. Mas não se esqueça: você pode apresentar um risco maior no futuro. Manter o peso adequado e fazer exercícios regularmente ajuda a diminuir o seu risco.

AVALIAÇÃO DE 10 OU MAIS PONTOS

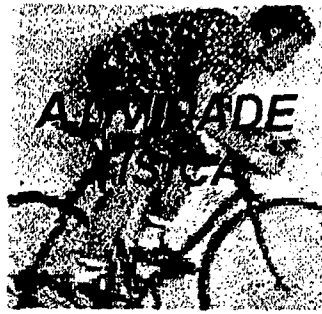
Você tem alto risco de ter diabetes. Somente o médico poderá confirmar o diagnóstico. Procure seu médico.

ALGUNS FATORES SOBRE DIABETES QUE VOCÊ PRECISA SABER:

Diabetes é uma doença muito séria que pode levar a cegueira, ataque cardíaco, derrame cerebral e amputações. Diabetes é uma causa importante de mortalidade no Brasil. Algumas pessoas podem apresentar sintomas de diabetes. Se você tiver qualquer dos sintomas relacionados procure seu médico: sede intensa, visão embaçada, urinar demais, cansaço ou tonturas, perda de peso, sem justificativa.

Mulheres grávidas devem ser testadas para diabetes entre o quinto e o sexto mês de gravidez.

Material elaborado: Harvard/Joslin-Sociedade Brasileira de Endocrinologia/Lilly. Lembra a Enfermeira Rita 9134



1. Assinale as alternativas corretas:

O exercício físico pode ser feito quando:

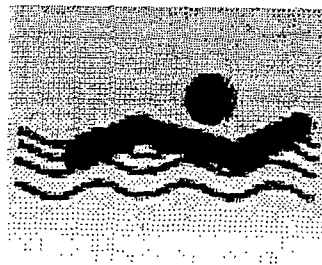
- glicemia capilar menor que 60 mg
- glicemia capilar menor que 250 mg
- com tênis adequado e meias de algodão
- com cetonúria positiva
- com muita sede e urinando muito

2. São vantagens do exercício:

- bem estar
- manutenção do peso
- melhora a ação da insulina
- controle glicêmico
- utilização da glicose circulante

3. O diabético não deve praticar:

- mergulho
- alpinismo
- judô
- karatê
- natação
- montanhismo



Elaboração:
Profª Mestre em Educação Física:
Denise Maria Martins
Enfermeira do GRUMAD:
Rita de Cássia Bruno Sandoval

PLANEJAMENTO DAS ATIVIDADES EDUCATIVAS NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO CMM II E CMF

EDUCAÇÃO EM DIABETES

1. OBJETIVOS

Geral:

Fornecer aos profissionais de saúde conhecimentos básicos sobre *Diabetes Mellitus* a fim de poderem prestar melhor assistência ao cliente diabético.

Específicos:

Adquirir conhecimentos e habilidades específicas para o tratamento do diabetes.

Estimular a participação intensiva do profissional e cliente/família com relação ao tratamento do diabetes, direcionando para o autocuidado.

Reciclagem de conhecimentos sobre DM e suas complicações.

2. POPULAÇÃO ALVO

- Equipe de Enfermagem: Enfermeiro
Técnico de Enfermagem
Auxiliar de Enfermagem
- Equipe de Nutrição
- Assistência Social

3. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO

- ❖ Fisiopatologia do DM
- ❖ Classificação
- ❖ Complicações
- ❖ Tratamento/Prevenção
- ❖ Dieta
- ❖ Monitoramento
- ❖ Hipoglicemiantes Orais
- ❖ Insulinoterapia
- ❖ Prescrição/Razão Científica

4. METODOLOGIA

Teórico-prática com discussão de casos clínicos de DM.

5. CARGA HORÁRIA: 04 Horas e 30 Minutos.

6. PALESTRANTES: Alcinei José Fraga
Andréia Nunes da Silva
Valdenésio Küster

C R O N O G R A M A
ATIVIDADE EDUCATIVA NAS UNIDADES DE INTERNAÇÃO
EDUCAÇÃO EM DIABETES

Data: 05 de Maio (CMF) / 02 de Junho (CMM II), de 1998.

Local: Sala de Aula do 4º. andar

Hora: Das 07:30 às 12:00h.

I - ABERTURA:

Profª Beatriz Capella
Coord/CES/HU Nadia Chiodelli Salum

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

II - Apresentação:

Convidados

III - INTRODUÇÃO ➔ ANDRÉIA NUNES DA SILVA

⇒ O que é?

⇒ Tipos

Complicações: ➔ ALCINEI JOSÉ FRAGA

⇒ Agudas: Hipoglicemia e Hiperglicemia

⇒ Crônicas

Dieta ➔ NUTRICIONISTA RESPONSÁVEL PELA UNIDADE DE INTERNAÇÃO (CMM II e CMF)

IV - INTERVALO (20') - Coffee Break

Monitoramento: ➔ VALDENÉSIO KÜSTER

⇒ Glicosímetro

⇒ Cetonúria

Remédios: ➔ VALDENÉSIO KÜSTER

Insulinas: ➔ ALCINEI JOSÉ FRAGA

⇒ Tipos

⇒ Técnicas de preparo

⇒ Misturas

⇒ Conservação

⇒ Rodízio

⇒ Reutilização de seringas e agulhas

Prescrição/Razão Científica: ➔ ANDRÉIA NUNES DA SILVA

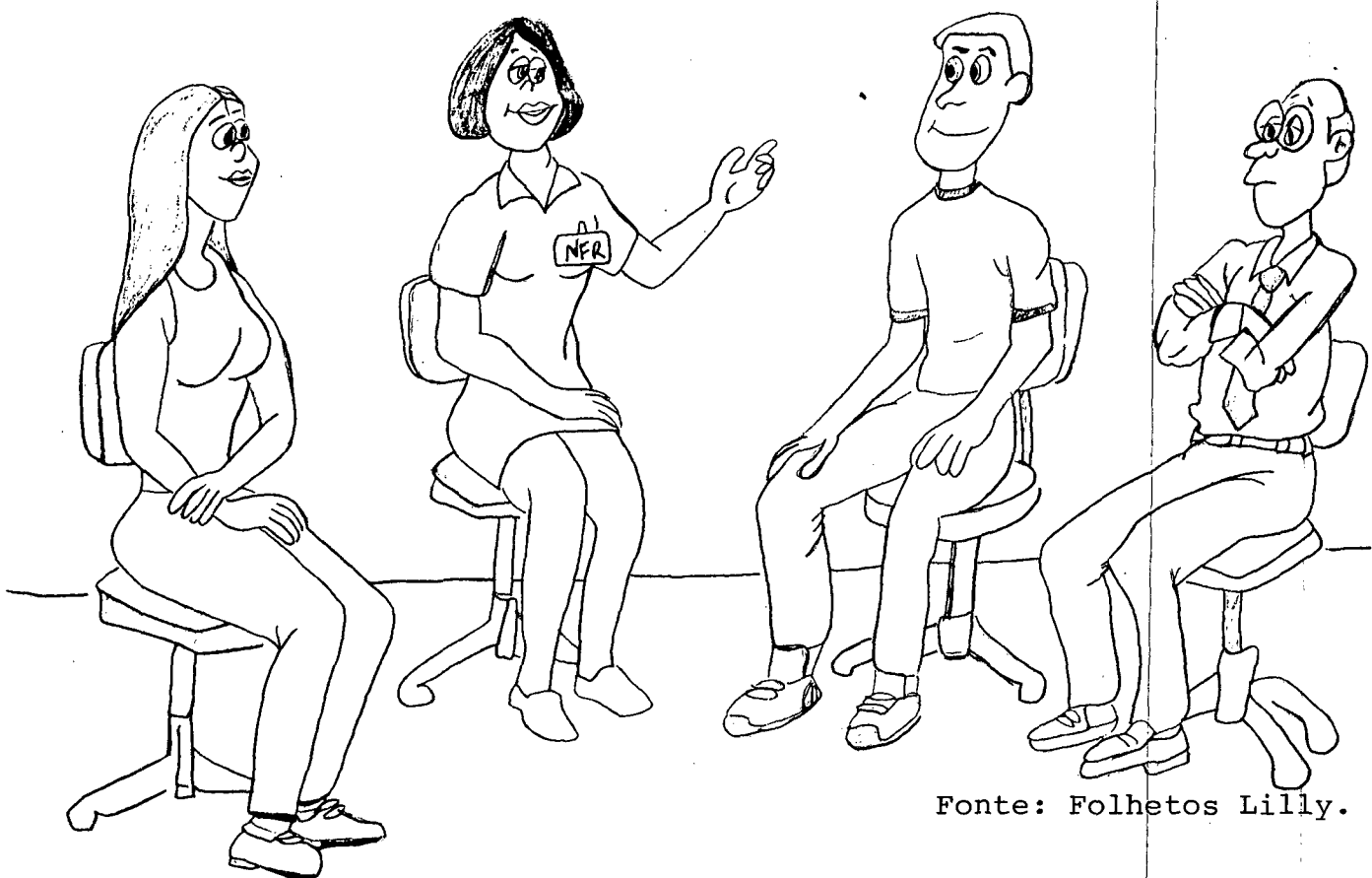
V - Dúvidas

VI - Sugestões

VII - FECHAMENTO

TÉCNICAS DE RELAXAMENTO

EDUCAÇÃO EM DIABETES



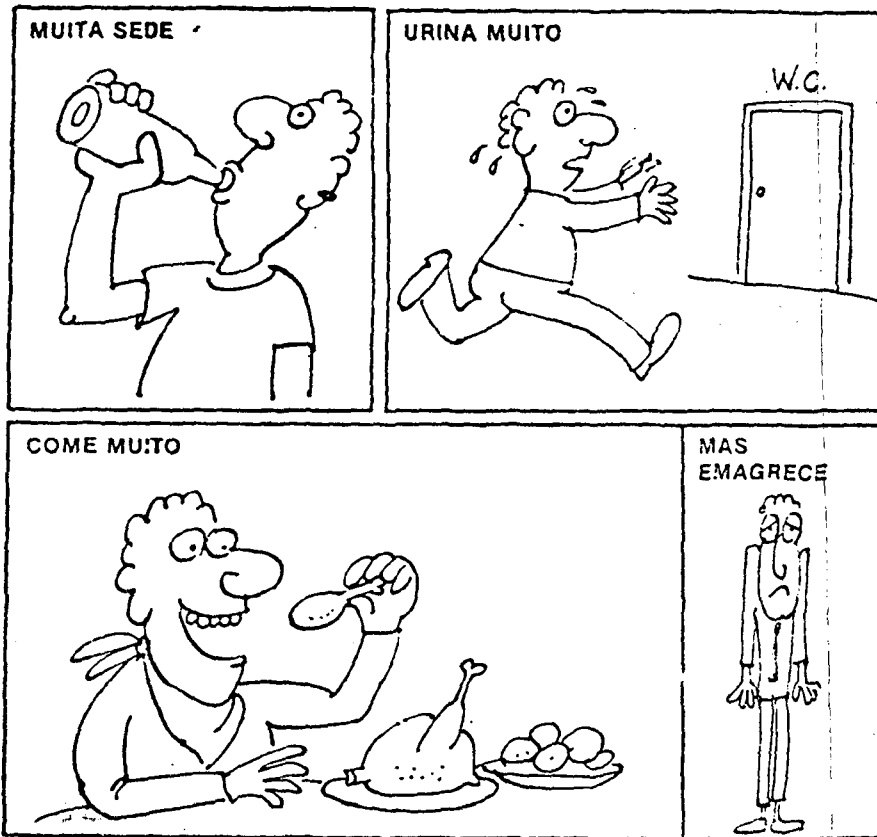
Fonte: Folhetos Lilly.

1. OBJETIVOS: *Geral*
Específico
2. POPULAÇÃO ALVO
3. CONTEÚDO PROGRAMÁTICO
4. METODOLOGIA

Elaboração:
Texto-Andréia Nunes da Silva
Desenhos: Andréia Nunes da Silva
Ministrantes: Alcinei José Fraga
Andréia Nunes da Silva
Valdenésio Küster

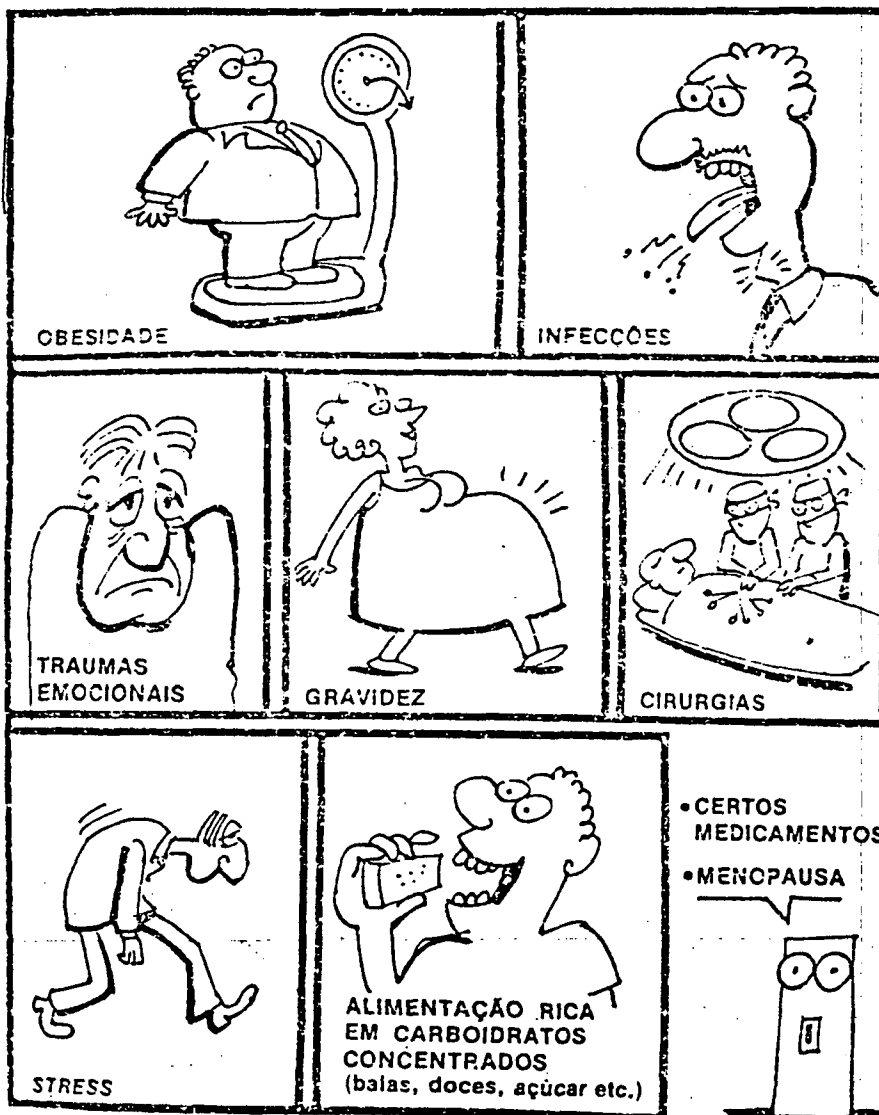
SE A PRODUÇÃO DE INSULINA
FALHA, O NÍVEL DE GLICOSE
SOBE NO SANGUE. E SURGE O
DIABETES MELLITUS

AI VOCÊ SENTE:



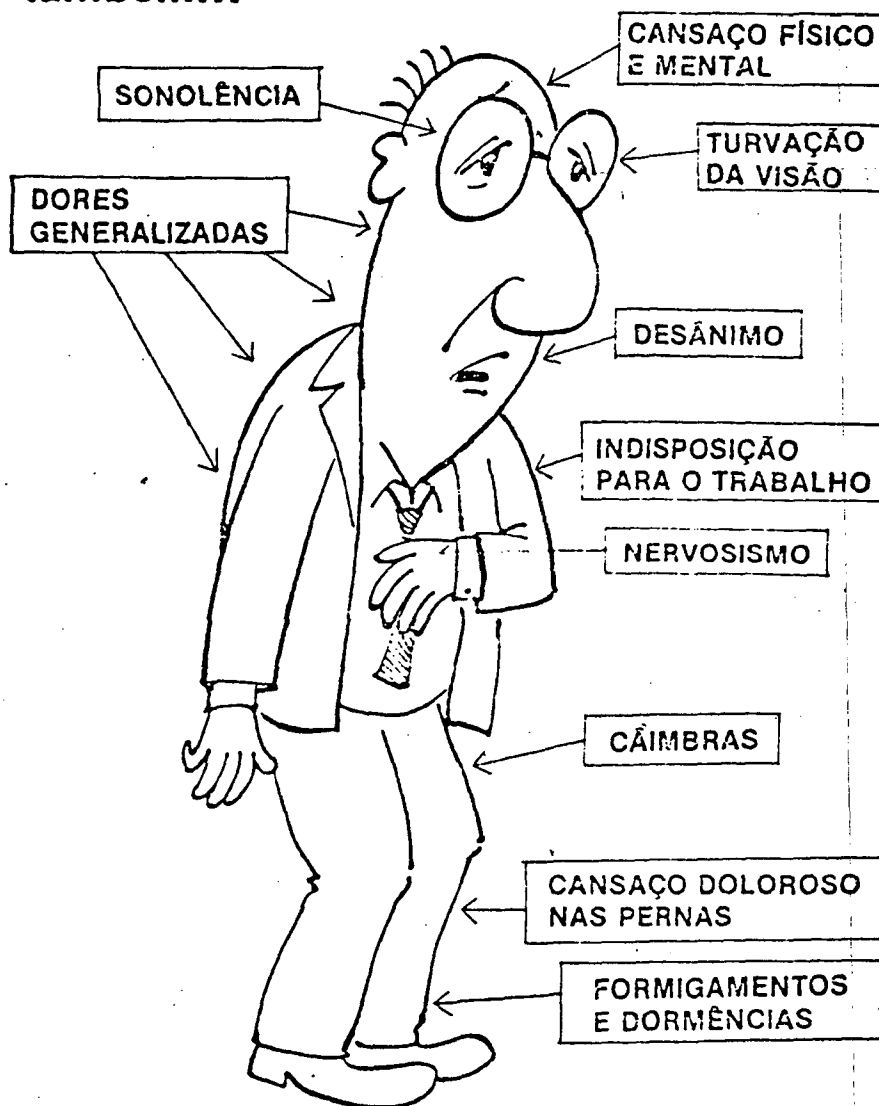
Fonte: Zagury. L, Zagury. T, Guidacci. J.
Diabetes sem medo. Rio de Janeiro:
Rocco, 1984.

FATORES QUE PODEM APRESSAR O APARECIMENTO DO DIABETES:



Fonte: Zagury. L, Zagury. T, Guidacci. J.
Diabetes sem medo. Rio de Janeiro:
Rocco, 1984.

Devido a isso tudo, você pode sentir também...



Quando você sente um ou alguns destes sintomas, atenção! SUA GLICOSE ESTÁ ELEVADA!

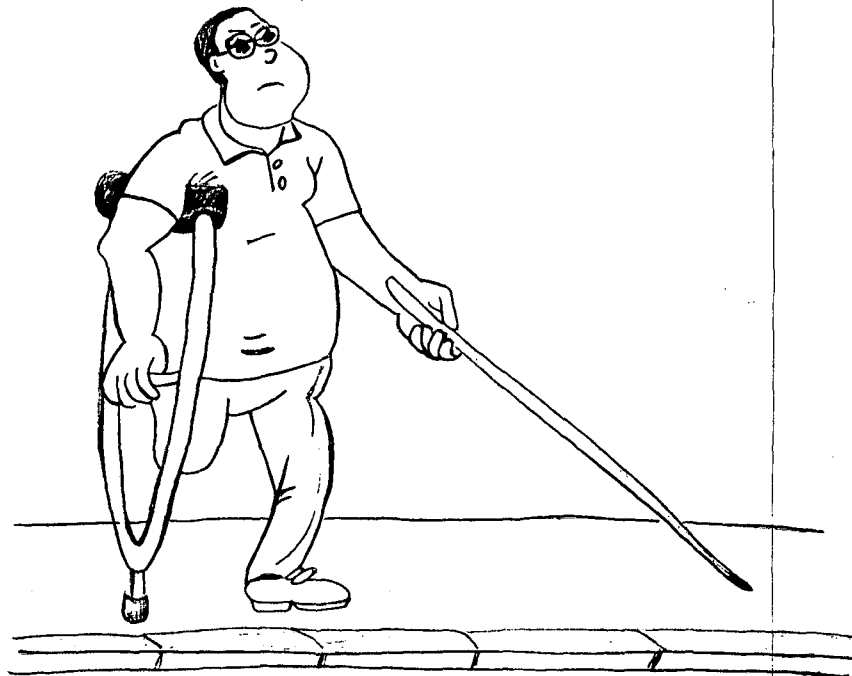
Fonte: Zagury. L, Zagury. T, Guidacci. J.
Diabetes sem medo. Rio de Janeiro:
Rocco, 1984.

AQUI UM QUADRINHO PRA VOCÊ GRAVAR:

AÇÚCAR ALTO	AÇÚCAR BAIXO
CAUSAS	
<ul style="list-style-type: none"> • muita comida • pouco exercício • pouca insulina • doenças 	<ul style="list-style-type: none"> • pouca ou nenhuma comida • muito exercício • muita insulina
COMO COMEÇA	
<ul style="list-style-type: none"> • de forma gradual 	<ul style="list-style-type: none"> • subitamente
VOCÊ PODE TER	
<ul style="list-style-type: none"> • muita sede • excesso de urina • perda de peso • muito cansaço • a pele seca • náuseas • vômitos • cheiro de maçã na boca 	<ul style="list-style-type: none"> • tremores • suores • fome • fraqueza • a pele úmida • confusão mental • palpitação
COMO FICAM SEUS EXAMES	
<ul style="list-style-type: none"> • glicose no sangue alta • glicose na urina positiva • cetona na urina positiva 	<ul style="list-style-type: none"> • glicose no sangue baixa • glicose na urina negativa • cetona na urina negativa
VOCÊ DEVE	
<ul style="list-style-type: none"> • comunicar-se com seu médico 	<ul style="list-style-type: none"> • tomar líquidos açucarados ou comer açúcar

Fonte: Zagury, L. Zagury, T., Guidacci, J.
Diabetes sem medo. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.

COMPLICAÇÕES CRÔNICAS



Fonte: Folhetos Lilly.

O MELHOR CAMINHO PARA EVITAR COMPLICAÇÕES
CRÔNICAS COMO RETINOPATIA, NEFROPATIA E
NEUROPATIA DIABÉTICA É MANTER O BOM
CONTROLE DAS TAXAS DE GLICEMIA, E
REALIZANDO TRATAMENTO ADEQUADO.

Elaboração: Alcinei José Fraga
Andréia Nunes da Silva (Desenho)
Valdenésio Küster

TIPOS DE INSULINAS / TEMPO / AÇÃO

AÇÃO	TIPOS DE INSULINA				
	IMEDIATA	RÁPIDA	INTERMEDIÁRIA		PROLONGADA
TEMPO	Humalog	Regular	NPH	Lenta	Ultra-lenta
INÍCIO	IMEDIATO	1/2 - 1H	1 - 3H	1 - 3H	4 - 6H
PICO	1H	2 - 4H	8 - 12H	8 - 12H	12 - 16H
DURAÇÃO	3 - 4H	5 - 7H	20 - 24H	20 - 24H	↑ 24H

* O pico e a duração da ação podem variar dependendo da dose de insulina injetada, do local de aplicação e da resposta individual.

TEXTO: ANDRÉIA NUNES DA SILVA
SUPERVISÃO: RITA DE CÁSSIA BRUNO SANDOVAL
DATA: 30 de abril de 1998.

DIABETES MELLITUS

Foi Celsus, há cerca de 2.000 anos, quem deu o nome de diabetes que significa sifão ou "correr através", e melito que vem do grego meli e significa mel.

Alguns alimentos quando ingeridos, como a água e o sal, podem ser aproveitados pelo organismo sem passar por nenhuma transformação. Os outros tem que ser trabalhados e transformados em substâncias mais simples. E são estas substâncias mais simples que vão fazer parte do nosso corpo, alimentando-o.

O alimento na boca é molhado pela saliva, a qual é produzida pelas glândulas salivares. Ao ser engolido, no estômago é misturado aos sucos gástricos e transformados em nutrientes que serão absorvidos nas paredes do intestino caindo na corrente sanguínea em forma de glicose.

No sangue esta estimula a secreção de insulina e permite que a glicose seja utilizada para fornecer energia, onde uma parte é armazenada e a outra utilizada para realizar nossas atividades.

A pessoa diabética não consegue aproveitar corretamente o açúcar proveniente dos alimentos que ingere devido à carência parcial ou total de um hormônio produzido no pâncreas, a insulina, havendo então um acúmulo deste no sangue. Pois é a insulina que ajuda este mecanismo acontecer, ela abre uma passagem para que a glicose penetre no interior das células, e desta forma faz com que a quantidade de glicose do nosso sangue seja diminuída.

Este excesso de glicose, circula pelos rins, que tenta eliminá-la através da urina, e a pessoa urina mais que o normal (poliúria); ao eliminar muita água pela urina, a pessoa desidrata, tem sede e passa a beber água exageradamente (polidipsia).

Como as células ficam "famintas" porque não recebem a glicose, o corpo sente fadiga, fraqueza e perda de peso, na tentativa de fornecer mais alimentos ao organismo o apetite aumenta (polifagia).

E se não for corrigido, a quantidade de açúcar no sangue aumentará cada vez mais, ultrapassando o nível normal, e as células, privadas do alimento principal (a glicose), se vêem obrigadas a obter energia a partir de outras substâncias, principalmente das gorduras (contribuem para a perda de peso). A queima destas gorduras levam a um aumento da produção de substâncias ácidas, conhecidas como cetonas e que também são eliminadas através da urina (cetonúria), ou pela respiração - dando um hálito com cheiro adocicado. Se essa situação continuar descontrolada, a hiperglicemia, ao longo dos anos, pode vir a lesar as paredes dos vasos capilares de todo o organismo, provocando as complicações crônicas.

Nem todos os pacientes apresentam estes sintomas muitas pessoas descobrem que têm diabetes durante um check-up de rotina.

O excesso de peso sobrecarrega o corpo, faz perder a capacidade de utilizar a insulina e dificulta o controle da glicemia pelos medicamentos. Perder peso é um ótimo caminho para melhorar o diabetes.

TIPOS:

Tipo 1

Desenvolve-se mais freqüentemente em crianças e em adultos jovens. Por este motivo ela costuma ser conhecida como diabetes "juvenil".

Neste tipo, as células do pâncreas, que normalmente produzem insulina, foram destruídas, e o corpo não consegue absorver a glicose que está no sangue, pois a quantidade de insulina circulante pode ser inadequada ou inexistente. Então a solução é injetar insulina embaixo da pele (via subcutânea) para que esta possa ser absorvida pelo sangue, por isto este tipo também é chamado de Diabetes mellitus insulino-dependente.

Tipo 2

Conhecida como Diabetes mellitus não insulino-dependente, é o tipo mais comum de diabetes. Desenvolve-se usualmente em adultos com idade acima de 40 anos e também é mais comum em pessoas com excesso de peso. Sabe-se que o fator hereditário neste caso tem uma importância bem maior que no tipo 1. As pessoas com este tipo, geralmente produzem alguma insulina, mas as células do corpo não conseguem usá-la eficientemente porque as mesmas são resistentes, a partir do momento que seguirem uma dieta, fizerem exercícios e se necessário tomarem medicamentos por via oral ou ainda usarem insulina (em caso de falência secundária) terão a chave para um bom controle e equilíbrio.

COMPLICAÇÕES:

Estas complicações acontecem devido ao mau tratamento ou desconhecimento da doença pelo paciente.

Para evitá-la deve-se fazer o controle do nível de açúcar no sangue durante toda a sua vida.

Agudas:

Manifestam-se num curto espaço de tempo, e podem causar risco de vida ao indivíduo se não forem cuidadas a tempo.

1 - Hipoglicemia: (diminuição do açúcar no sangue)

Pode ocorrer nos pacientes que se tratam com insulina e ou que usam hipoglicemiantes orais.

CAUSAS	<ul style="list-style-type: none">* Insulina demais.* Alimentação de menos ou atrasada.* Excesso de exercício físico.* Álcool.* Excesso de hipoglicemiante oral ou uso de hipoglicemiante com atraso ou omissão de alguma refeição.* Vômito e/ou diarreia.* Ou a combinação de alguns destes fatores.
SINTOMAS	<ul style="list-style-type: none">* Sonolência.* Irritação.* Suor frio.* Tremores.* Cefaléia.* Palidez.* Fala arrastada.* Perda da coordenação.* Fome excessiva.* Visão turva.* Pulso acelerado (taquicardia).* Confusão mental.* Tontura.* Formigamento nos lábios ou na língua.* Perda da consciência.
TRATAMENTO	<p># Nem sempre são óbvios estes sintomas em algumas pessoas.</p> <ul style="list-style-type: none">* Agir imediatamente.* Dar alguma coisa para o paciente comer (conforme rotina da UI) se este estiver consciente.* No caso de perda de consciência é necessário comunicar o médico.* Aproveitar para ensinar o paciente.* Sempre avise a Enfermeira de Plantão sobre o que está acontecendo, para que esta tome a decisão sobre o que fazer.

Existem pessoas diabéticas que não apresentam os sintomas já citados, por isto que é importante perguntar ao paciente se ele reconhece os sintomas de hipoglicemia, pois pode diferenciar de pessoa para pessoa.

É por isso que o controle do nível de glicose no sangue é importante para que se possa avaliar e tratar imediatamente, pois se continuarem a cair a valores muito baixos, a pessoa pode perder a consciência ou sofrer um ataque (convulsão).

2 - Hiperglicemia: (aumento do açúcar no sangue)

Desenvolve-se mais devagar do que a hipoglicemia, mas também deve ser tratada rapidamente para evitar maiores problemas como por exemplo a cetoacidose (acúmulo de cetona por muitas horas no organismo).

Tipos

a) Cetose (tipo1): Ocorre nos pacientes que apresentam as formas mais intensas do DM, devido a presença da acidose, seu desenvolvimento é mais rápido.

b) Sem Cetose (tipo2): Ocorre nos pacientes com forma mais branda da doença e que possuam um reserva de insulina suficiente apenas para evitar a queima desenfreada de gorduras e a produção de cetonas. Leva mais tempo para se instalar (coma).

CAUSAS	<ul style="list-style-type: none">* Abandono do tratamento por alguns dias.* Surgimento de alguma infecção grave (febre).* Ocorrência de um estresse intenso.* Alimentar-se demasiadamente ou incorretamente.* Tomar menos medicamento do que o receitado.* Muita sede.
SINTOMAS	<ul style="list-style-type: none">* Garganta seca.* Urinar freqüentemente.* Visão embaçada.* Muito cansaço.* Respiração acelerada.* Mucosas seca (desidratação).* Perda de peso.* Face avermelhada.* Dor abdominal.* Náuseas e vômitos.* Queda de pressão.* Olhos encovados.* Perda da consciência.

- TRATAMENTO
- * Administrar a insulina prescrita.
 - * Estimular a ingestão hídrica (se não houver restrição).
 - * Às vezes é necessário a reposição através de soro.
 - * Tratar eventual doença intercorrente.
 - * Aproveitar para ensinar o paciente.

Crônicas:

Manifestam-se após alguns anos e são caracterizadas por alterações dos vasos sanguíneos (capilares e artérias) ou dos nervos.

Para evitá-las é necessário adquirir bons hábitos de vida, manter níveis glicêmicos mais próximos dos normais e agir imediatamente quando ocorrer alterações na glicemia.

a) Retinopatia → Nos olhos, a região particularmente atingida é a retina, camada interna do órgão onde se forma a visão. Os capilares da retina tornam-se enfraquecidos e tendem a dilatar-se e romper-se (cegueira).

b) Nefropatia → A perda da função renal é causada por lesões nas pequenas artérias dos rins e posteriormente nos glomérulos (menor tração dos rins). Perde a capacidade de filtrar adequadamente o sangue.

c) Neuropatia → "Neuro" significa nervo e o termo quer dizer comprometimento dos nervos pelo diabetes. No organismo existem dois tipos de nervos: aqueles que comandam os movimentos voluntários e a nossa sensibilidade ("sistema nervoso periférico") e aqueles que independem da nossa vontade, fazem nosso corpo funcionar, o coração bater, os pulmões respirarem ("sistema nervoso autônomo"). Quando o diabetes atinge o sistema nervoso periférico, o indivíduo pode sentir formigamento nas extremidades, dormência ou dor principalmente nas pernas. O diabético deve tomar cuidado para não se ferir, uma vez que as sensações nos pés podem estar diminuídas. Por comprometer o sistema nervoso autônomo o diabético poderá ter tonturas ao levantar, empachamento após alimentar-se, diarreias, problemas urinários, e etc. (Provoca dores seguidas de perda da sensibilidade).

O aumento do açúcar no sangue freqüentemente pode vir a lesar no futuro as paredes dos vasos capilares de todo organismo, podendo ocorrer "silenciosamente".

A consequência desse processo é a falta de circulação no órgão nutrido pela artéria ocluída: caso trate-se de artéria cerebral, haverá acidente vascular-cerebral ("derrame"), caso trate-se de artéria coronária, ocorrerá falta de circulação no coração (infarto), se o vaso acometido for o responsável pela

circulação dos membros inferiores, poderá ocorrer necrose (gangrena) nas extremidades ou dores ao caminhar e feridas que não se cicatrizam.

MONITORAMENTO:

Existem três maneiras principais de avaliar o controle de glicose no sangue:

1. Dosagem da glicose no sangue (Glicemia Capilar).
2. Pesquisa da glicose na urina (Glicosúria).
3. Pesquisa de cetona na urina (Cetonúria).

Glicemia Capilar:

Teste realizado a partir de uma gota de sangue, obtida picando-se o dedo com uma agulha descartável ou uma lanceta descartável.

O resultado encontrado é o reflexo do que está ocorrendo no sangue, naquele momento.

Glicosímetro:

- * Apresentação do aparelho.
- * Controle de qualidade.
- * Mensagens do aparelho.
- * Realizando um teste.
- * Cuidados importantes com aparelho.

Obs.: Anotar o teste é importante para que se possa entender o comportamento do diabetes em cada paciente, em função do medicamento, dieta e/ou exercício físico.

Glicosúria:

Teste realizado com urina nova, obtendo-se o resultado através de uma fita reagente que é colocada rapidamente na amostra de urina.

Cetonúria:

Reflete o descontrole acentuado do diabetes (tipo 1 ou com falência secundária de insulina), ou seja, como o organismo não mais tem possibilidade de conseguir energia através da "queima de açúcar", começa a utilizar as gorduras para produzir energia, liberando, então, as chamadas cetonas no sangue e, logo a seguir na urina.

A presença de cetona na urina significa que o diabetes está descontrolado e utilizando gordura como fonte de energia.

Fitas Reagentes:

Quando fazer:

- glicemia maior que 300 mg/dl.
- glicosúria maior que 500 mg/dl (++)

Como fazer:

- urinar e desprezar a amostra.
- tomar um copo ou mais de água.
- urinar em um recipiente limpo, 30 minutos depois.
- mergulhar a fita na urina e tirar imediatamente.
- fazer as leituras de acordo com as instruções da fita.
- registrar os valores.

O monitoramento visa: combater a infecção, hipo e hiperglicemia, além de prevenir e/ou retardar complicações, sendo uma das responsabilidades da enfermagem.

MEDICAMENTOS

Vários pacientes não conseguem, apesar da dieta, manter normal sua glicose, mas podem conseguir isso usando um comprimido que os ajude a baixá-la.

Os comprimidos ou aumentam a produção de insulina ou melhoram sua ação.

Existem 2 tipos básicos de medicamentos orais que reduzem os níveis de glicose sangüínea.

São eles:

a) Sulfoniluréias: estes medicamentos reduzem a glicose, aumentando a produção de insulina.

1. Clorpropamida - DIABINESE
2. Glibenclamida - DAONIL, EUGLUCON, LISAGLUCON
3. Glicazida - DIAMICRON
4. Glipizida - MINIDIAB

B) Biguanidas: este reduz a glicose sem aumentar a produção de insulina, apenas melhorando sua ação nas células. (Indicado para pacientes com excesso de peso).

1. Metformina - GLUCOFORMIN
2. Fenformin - DEBER

INSULINAS

O Brasil, hoje, dispõe de diversas preparações de insulina.

A insulina industrial é normalmente extraída do pâncreas de suínos ou bovinos, pois esses mamíferos, principalmente os suínos, produzem uma insulina muito semelhante à produzida pelo homem.

A insulina de origem suína pode também ser misturada com a de origem bovina, nesse caso, o produto é chamado de insulina mista.

Hoje é possível provocar reações químicas que modificam a insulina de origem suína, tornando-a exatamente igual a que é naturalmente produzida pelo homem. Outra forma de obtê-la é a produção através de técnicas de engenharia genética. A insulina assim produzida é chamada insulina humana.

- ✓ Insulinas Mistas: Boi e Porco.
- ✓ Insulinas Suínas Monocomponentes (a partir de modificações químicas da insulina suína).
- ✓ Insulinas Humanas (mais puras): através de DNA-Recombinante.

De um modo geral, quanto mais pura a insulina, menores serão as chances dela produzir efeitos colaterais indesejáveis: lipoatrofias (perda do tecido gorduroso no local da aplicação) e a hipertrofia (engrossamento do tecido no local), além de causar em algumas pessoas alergias como: eritema, prurido local, excepcionalmente choque anafilático.

A aceitação pelo organismo da insulina injetada no diabético dependerá não só da origem mas também da pureza do produto.

As insulinas mais usadas são:

- Ação imediata: Humalog.
- Ação rápida: Regular.
- Ação intermediária: NPH e Lenta.
- Ação Prolongada: Ultra-lenta.

AÇÃO	TIPOS DE INSULINA				
	IMEDIATA	RÁPIDA	INTERMEDIÁRIA	PROLONGADA	
TEMPO	Humalog	Regular	NPH	Lenta	Ultra-lenta
INÍCIO	IMEDIATO	1/2 - 1H	1 - 3H	1 - 3H	4 - 6H
PICO	1H	2 - 4H	8 - 12H	8 - 12H	12 - 16H
DURAÇÃO	3 - 4H	5 - 7H	20 - 24H	20 - 24H	↑ 24H

* O pico e a duração da ação podem variar dependendo da dose de insulina injetada, do local de aplicação e da resposta individual.

TÉCNICAS DE PREPARO:

- ☺ Checar dose, via, local e horário correto para aplicação.
- ☺ Lavar bem as mãos com água e sabão.
- ☺ Reunir o material.
- ☺ Misturar bem suavemente o frasco de insulina (lenta e/ou NPH), rolando o frasco entre as mãos.
- ☺ Limpar a tampa do frasco com algodão e álcool a 70%.
- ☺ Aspirar a dose a ser retirada.
- ☺ Verificar se está correta.
- ☺ Tirar as bolhas de ar, antes de retirar a agulha do frasco.
- ☺ Fazer assepsia da região onde será aplicada com algodão e álcool a 70%.
- ☺ Fazer uma prega cutânea no local que será aplicada.
- ☺ Introduzir a agulha rápida e firmemente, mantendo-a perpendicular à pele (âng.90° , se for magérrimo fazer em âng. 45°)
- ☺ Aspirar para ver se não atingiu algum vaso.
- ☺ Injetar insulina de 3 a 5 segundos na pele.
- ☺ Retirar a agulha e fazer uma leve pressão no local com algodão, sem massagear.

Em caso de mistura, aspirar primeiro a insulina regular para dentro da seringa e depois a de NPH.

- ☺ Colocar ar no frasco de NPH (Total da dose de NPH).
- ☺ Retirar a agulha e colocar ar no frasco de Regular (Total da dose de regular).
- ☺ Aspirar a dose de Regular, retirar as bolhas ainda com a agulha no frasco.
- ☺ Depois aspirar a dose de NPH.
- ☺ Verificar o total da dose colocada na seringa.

* Jamais se mistura insulina lenta com regular, pois a insulina lenta prolonga o efeito da insulina regular, por causa de um componente na sua composição o Zinco.

CONSERVAÇÃO DE INSULINA:

- Conservar os frascos de insulina dentro da geladeira, na prateleira próxima à gaveta de legumes.
- Observar mudança no aspecto da insulina como alteração da cor e aparecimento de grumos, entre outros, são motivos para inutilizar o frasco.
- Identificar o frasco depois de aberto com data e nome de quem abriu.
- Manter somente 1 frasco de cada tipo na geladeira.
- Desprezar após 3 meses aberto,
- A insulina que estiver congelada deverá ser desprezada.
- A insulina é sensível à luz direta e a temperaturas muito altas ou muito baixas, porque sua atividade biológica se torna imprevisível.

RODÍZIO:

O rodízio sistemático é da maior importância uma vez que possibilita a manutenção da flexibilidade da pele, favorecendo a absorção uniforme da insulina e a prevenção de complicações, tais como a lipodistrofia, que se caracteriza por uma depressão ou inchaço do tecido.

REUTILIZAÇÃO DE AGULHAS E SERINGAS:

À nível hospitalar: usar somente agulhas e seringas descartáveis.

À nível domiciliar: o cliente poderá reutilizar até 5 vezes, tendo o cuidado com a higiene, retirar excesso de insulina da seringa e conservar em local apropriado.

O bem-estar depende de uma associação de atividade e hábitos que têm de ser cultivada, como, por exemplo, os esportes, o trabalho, a diversão é cada vez de maior importância, a alimentação e a eliminação de vícios, como o fumo, o álcool e as drogas.

Tudo isso deve fazer parte da vida, já que pode prolongá-la e fazê-la melhor.

PRESCRIÇÃO / RAZÃO CIENTÍFICA

1) *Orientar o paciente sobre DM.*

→ A fim de conscientizá-lo para o seu autocuidado e permitir um melhor convívio com o DM.

2) *Fazer balanço hídrico.*

→ Pois permite uma monitorização do paciente com relação a retenção ou perda de líquidos dos tecidos. Avaliar a condição renal

3) *Fazer rodízio de injeções subcutâneas, no abdômen, conforme esquema.*

→ Permite uma absorção mais uniforme da insulina além de evitar ou retardar as lipodistrofias.

4) *Observar sinais de hipoglicemia e tratar conforme rotina, anexo no prontuário. Aproveitar o momento para orientar o paciente.*

→ Desta maneira pode-se tomar medidas profiláticas no caso de episódios ou agir imediatamente se necessário.

5) *Aplicar insulina regular conforme glicemia capilar das 07:30, 11:30 e 17:30h, (Realizado pelo Laboratório, Equipe de enfermagem ou Paciente).*

→ Pois assim pode-se fazer uma associação entre a medicação e o nível de açúcar no sangue.

6) *Pesar diariamente.*

→ Para ver se o paciente está ganhando ou não peso. Para avaliar se a terapêutica medicamentosa esta compensando o paciente.

7) *Estimular a participação do paciente diabético na sua própria assistência, visando minimizar seu tempo de internação e torná-lo independente para o autocuidado.*

→ Desta forma o diabético terá uma plena participação nos cuidados com sua saúde, o que o protegerá de vários inconvenientes, resultando na melhoria da qualidade de vida.

8) *Fazer cetonúria com glicemia maior que 300mg/dl.*

→ Para verificar presença de corpos cetônicos na urina.

9) *Fazer controle dos sinais vitais - 4x ao dia.*

→ Para avaliar os níveis tencionais desse paciente.

10) *Observar se está aceitando a dieta e registrar.*

→ Para saber se está comendo, pois irá interferir nos valores glicêmicos.

11) *Facilitar a hidratação.*

→ Pois melhora a filtração renal ajudando na eliminação da glicose circulante.

12) *Estimular deambulação 10' após as refeições.*

→ Para melhor utilização da glicose circulante e também ajuda a potencializar a ação da insulina.

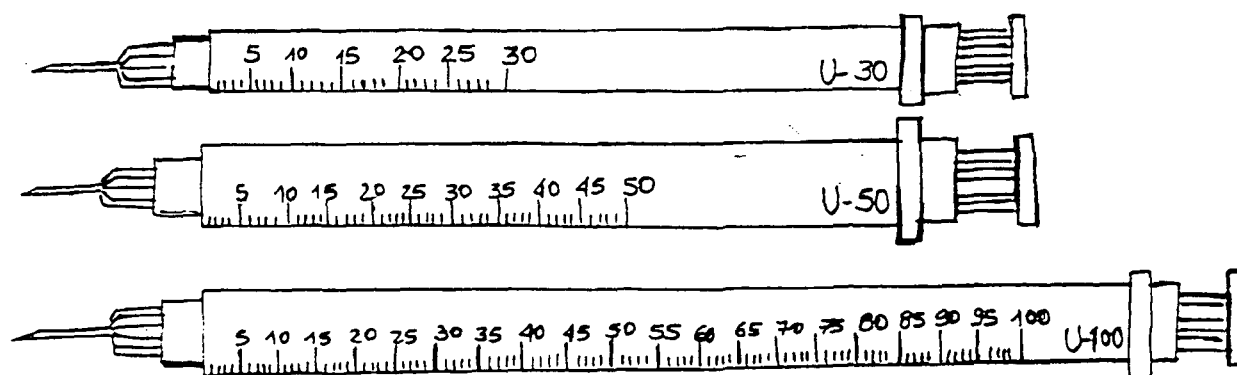
Bibliografia Consultada:

1. ZAGURY, L. ZAGURY, T. GUIDACCI, J. *Diabetes sem medo*. Rio de Janeiro: Rocco, 1984.
2. WATRIKINS, Peter J. *ABC das Diabetes*. Ed. Mande, Ltda.
3. BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico*. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A., 1994.

MARQUE COM UM "X" A INSULINA QUE VOCÊ
USA E A DOSE DIÁRIA.

INSULINA REGULAR MISTA
INSULINA NPH MISTA
INSULINA REGULAR SUÍNA
INSULINA NPH SUÍNA
INSULINA HUMANA REGULAR
INSULINA HUMANA NPH
INSULINA HUMANA LENTA
INSULINA HUMALOG

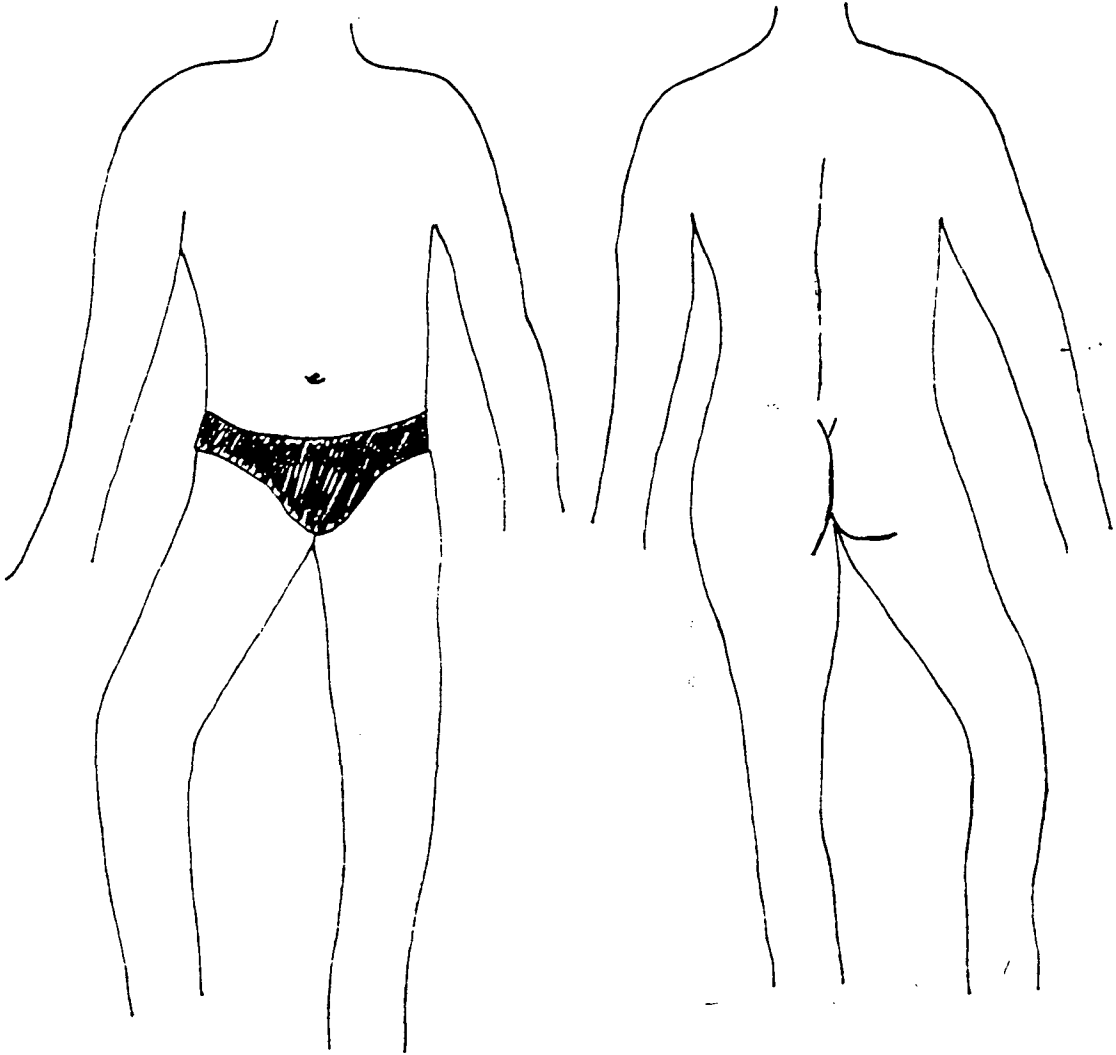
PINTE NA SERINGA A DOSE DE NPH OU
LENTA COM LÁPIS VERDE E COM LÁPIS
VERMELHO A DOSE DE REGULAR OU
HUMALOG.



Você faz auto-aplicação de insulina? Sim ()
Não ()

VIRE A FOLHA

Elaboração:
Enfa- Rita de Cássia Bruno Sandoval
Desenhos- Andréia Nunes da Silva



Desenhos: Andréia Nunes da Silva

QUESTIONÁRIO

1) Assinale a(s) alternativa(s) correta(s), com relação o *Diabetes Mellitus* (DM):

O indivíduo diabético tem pouca ou nenhuma insulina para transportar a glicose para dentro das células, portanto, não aproveita os alimentos corretamente, ficando a glicose acumulada no seu sangue.

DM é uma enfermidade que impede o correto aproveitamento dos alimentos (especialmente açúcares) devido o aumento de um hormônio produzido pelo pâncreas, chamado insulina.

Os diabéticos Compensados, apresentam determinados sintomas característico da doença: sede intensa, fome exagerada, aumento do volume urinário, perda de peso, fraqueza, feridas que não cicatrizam.

2) Preencha os espaços abaixo com as letras correspondentes ao tipo de DM:

(A) Diabetes Mellitus: Tipo 1

(B) Diabetes Mellitus: Tipo 2

O pâncreas fabrica um pouco de insulina e a doença pode ser controlada com a dieta e exercícios, sendo necessário, na maioria das vezes, o uso de medicação oral e ocasionalmente o uso de insulina.

O pâncreas não produz insulina, e o indivíduo necessita de injeção diária de insulina.

Pode ser chamada de Diabetes não insulino-dependente.

Mais freqüente em pessoas maiores de 40 anos.

3) Marque com um X a(s) resposta(s) que estiver(em) correta(s) com relação a Hipoglicemia:

Diminuição de açúcar no sangue a níveis menores que 50mg/dl em homens e 45mg/dl em mulheres, acompanhados de sintomatologia e melhora dos sintomas após ingestão de carboidratos.

Acontece devido a um atraso ou omissão de uma refeição, exercício físico exagerado e dose aumentada de insulina.

Sintomas: muita sede, garganta seca, suor, fome excessiva, muito cansaço, vômitos e ou febre.

Pode acontecer quando o diabético estiver doente ou com uma infecção.

4) Agora faça o mesmo com Hiperglicemia:

Pode ser causada por excesso de alimentação, inatividade, doença, estresse ou uma combinação desses fatores.

Sintomas: sede intensa, visão borrada, perda de peso, vontade de urinar freqüentemente.

O paciente neste caso deve comer mais e tomar menos medicamento do que o prescrito.

Apresenta nível de açúcar no sangue acima de 300mg/dl antes das refeições e presença de cetona na urina.

Existe ausência de cetona na urina.

5) Coloque (V) para as questões verdadeiras e (F) para as falsas:

Bem tratado, a doença permite uma vida normal em praticamente todas às áreas da atividade humana e diminui o risco de aparecimento de complicações agudas ou crônicas.

A prática de exercícios é uma atividade saudável para qualquer pessoa, inclusive para o diabético.

Vários pacientes (tipo 2), não conseguem, apesar da dieta, manter normal sua glicose, obtendo sucesso usando comprimido associado.

A insulina deve ser injetada habitualmente em via intramuscular, de preferência no abdômen.

A insulina pode ser aplicada na região do antebraço.

Não é aconselhável o rodízio de aplicação de insulina.

Ao verificar a glicemia no glicosímetro, a gota de sangue deve ser rasa para evitar excesso de açúcar no resultado.

A nível Hospitalar as agulhas e seringas utilizadas para aplicação de insulina deverão ser descartáveis.

A insulina pode ser conservada no congelador ou próximo dele.

Não se mistura insulina Lenta (ação intermediária) com insulina Regular (ação rápida) na mesma seringa, devendo-se então fazer duas aplicações, pois o Zinco prolonga o efeito da insulina regular.

O cliente em casa poderá reutilizar a agulha até 5 vezes, tendo o cuidado com: higiene, retirar excesso de insulina da seringa e conservar na geladeira.

As complicações agudas quando não cuidadas a tempo, podem causar risco de vida ao indivíduo.

A glicose é um tipo de açúcar proveniente da alimentação diária e que, absorvido pelo intestino, é levado para o sangue e usado pelas células do organismo na produção de energia, sendo particularmente importante para as células nervosas (cérebro).

A glicosúria deve ser feita sempre com urina nova, em jejum, antes e/ou após as refeições.

6) Preencha os espaços abaixo com as letras correspondente, a itens com mais de uma resposta correta:

A - Ação rápida

B - Ação intermediária

C - Ação imediata

Insulina Mista 80/20

Insulina NPH

Insulina simples ou cristalina

Insulina Regular

Insulina Lenta ou Leitosa

Insulina Humalog

Insulina Mista 70/30

Humulin N

Novolin R

Biohulin L

7) Quando você vai preparar uma mistura para ser aplicada no paciente diabético, com a seguinte prescrição: 21 unidades de NPH e 9 unidades de regular, como você pode fazer. Assinale a(s) alternativa(s) correta(s):

- Aspirar na seringa 9 unidades de regular e 21 unidades de NPH, tendo um total de 30 unidades.
- Pegar do frasco de 70/30, tendo como total 30 unidades.
- Pegar do frasco de 80/20, tendo como total 30 unidades.
- Pegar do frasco de 75/25, tendo como total 30 unidades.

8) SOMENTE para as *Enfermeiras*. Assinale abaixo o que deve constar na prescrição de enfermagem de pacientes com DM, consciente, lúcido e deambulante, sem outras patologias associada, em seu primeiro dia de internação por descompensação.

- Iniciar orientação sobre DM.
- Fazer balanço hídrico.
- Fazer rodízio de injeções subcutânea, no abdômen, conforme esquema.
- Observar sinais de hipoglicemia e tratar conforme rotina, anexo no prontuário. Aproveitar o momento para orientar o paciente.
- Aplicar insulina regular conforme glicemia capilar das 07:30, 11:30 e 17:30h, (Realizado pelo Laboratório, Equipe de enfermagem ou Paciente).
- Pesar diariamente.
- Estimular a participação do paciente diabético na sua própria assistência, visando minimizar seu tempo de internação e torná-lo independente para o autocuidado.
- Fazer cetonúria com glicemia maior que 300mg/dl.
- Fazer controle dos sinais vitais - 4x ao dia.
- Observar se está aceitando dieta e registrar.
- Facilitar a hidratação.
- Estimular deambulação 10' após as refeições.

9) Escreva abaixo quais as dúvidas que você tem a respeito do assunto e sobre o que gostaria de obter maiores esclarecimentos:

Respostas corretas

1) Assinale a(s) alternativa(s) **correta(s)**, com relação o *Diabetes Mellitus* (DM):

O indivíduo diabético tem pouca ou nenhuma insulina para transportar a glicose para dentro das células, portanto, não aproveita os alimentos corretamente, ficando a glicose acumulada no seu sangue.

DM é uma enfermidade que impede o correto aproveitamento dos alimentos (especialmente açúcares) devido o **aumento** de um hormônio produzido pelo pâncreas, chamado insulina.

Os diabéticos **Compensados**, apresentam determinados sintomas característico da doença: sede intensa, fome exagerada, aumento do volume urinário, perda de peso, fraqueza, feridas que não cicatrizam.

2) Preencha os espaços abaixo com as **letras correspondentes** ao tipo de DM:

(A) Diabetes Mellitus: Tipo 1

(B) Diabetes Mellitus: **Tipo 2**

O pâncreas **fabrica um pouco de insulina** e a doença pode ser controlada com a dieta e exercícios, sendo necessário, na maioria das vezes, o uso de medicação oral e ocasionalmente o uso de insulina.

O pâncreas **não produz insulina**, e o indivíduo necessita de injeção diária de insulina.

Pode ser chamada de **Diabetes não insulino-dependente**.

Mais freqüente **em pessoas maiores de 40 anos**.

3) Marque com um **X** a(s) resposta(s) que estiver(em) **correta(s)** com relação a **Hipoglicemia**:

Diminuição de açúcar no sangue a níveis menores que 50mg/dl em homens e 45mg/dl em mulheres, acompanhados de sintomatologia e melhora dos sintomas após ingestão de carboidratos.

Acontece devido a um atraso ou omissão de uma refeição, exercício físico exagerado e dose aumentada de insulina.

Sintomas: muita sede, garganta seca, suor, fome excessiva, muito cansaço, vômitos e ou febre.

Pode acontecer quando o diabético estiver doente ou com uma infecção.

4) Agora faça o mesmo com **Hiperglicemia**:

Pode ser causada por excesso de alimentação, inatividade, doença, estresse ou uma combinação desses fatores.

Sintomas: sede intensa, visão borrada, perda de peso, vontade de urinar freqüentemente.

O paciente neste caso deve comer mais e tomar menos medicamento do que o prescrito.

Pode apresentar nível de açúcar no sangue acima de 300mg/dl antes das refeições e presença de cetona na urina.

Pode existir ausência de cetona na urina.

5) Coloque (V) para as questões verdadeiras e (F) para as falsas:

Bem tratado, a doença permite uma vida normal em praticamente todas as áreas da atividade humana e diminui o risco de aparecimento de complicações agudas ou crônicas.

A prática de exercícios é uma atividade saudável para qualquer pessoa, inclusive para o diabético.

Vários pacientes (tipo 2), não conseguem, apesar da dieta, manter normal sua glicose, obtendo sucesso usando comprimido associado.

A insulina deve ser injetada habitualmente em via intramuscular, de preferência no abdômen.

A insulina pode ser aplicada na região do antebraço.

Não é aconselhável o rodízio de aplicação de insulina.

Ao verificar a glicemia no glicosímetro, a gota de sangue deve ser rasa para evitar excesso de açúcar no resultado.

A nível Hospitalar as agulhas e seringas utilizadas para aplicação de insulina deverão ser descartáveis.

A insulina pode ser conservada no congelador ou próximo dele.

Não se mistura insulina Lenta (ação intermediária) com insulina Regular (ação rápida) na mesma seringa, devendo-se então fazer duas aplicações, pois o Zinco prolonga o efeito da insulina regular.

O cliente em casa poderá reutilizar a agulha até 5 vezes, tendo o cuidado com: higiene, retirar excesso de insulina da seringa e conservar na geladeira.

As complicações agudas quando não cuidadas a tempo, podem causar risco de vida ao indivíduo.

A glicose é um tipo de açúcar proveniente da alimentação diária e que, absorvido pelo intestino, é levado para o sangue e usado pelas células do organismo na produção de energia, sendo particularmente importante para as células nervosas (cérebro).

A glicosúria deve ser feita sempre com urina nova, em jejum, antes e/ou após as refeições.

6) Preencha os espaços abaixo com as letras correspondente, a itens com mais de uma resposta correta:

A - Ação rápida

B - Ação intermediária

C - Ação imediata

A B C Insulina Mista 80/20

A B C Insulina NPH

A B C Insulina simples ou cristalina

A B C Insulina Regular

A B C Insulina Lenta ou Leitosa

A B C Insulina Humalog

A B C Insulina Mista 70/30

A B C Humulin N

A B C Novolin R

A B C Biohulin L

7) Quando você vai preparar uma mistura para ser aplicada no paciente diabético, com a seguinte prescrição: 21 unidades de NPH e 9 unidades de regular, como você pode fazer. Assinale a(s) alternativa(s) correta(s):

- Aspirar na seringa 9 unidades de regular e 21 unidades de NPH, tendo um total de 30 unidades.
- Pegar do frasco de 70/30, tendo como total 30 unidades.
- Pegar do frasco de 80/20, tendo como total 30 unidades.
- Pegar do frasco de 75/25, tendo como total 30 unidades.

8) SOMENTE para as *Enfermeiras*. Assinale abaixo o que deve constar na prescrição de enfermagem de pacientes com DM, consciente, lúcido e deambulante, sem outras patologias associada, em seu primeiro dia de internação por descompensação.

- Iniciar orientação sobre DM.
- Fazer balanço hídrico.
- Fazer rodízio de injeções subcutânea, no abdômen, conforme esquema.
- Observar sinais de hipoglicemia e tratar conforme rotina, anexo no prontuário. Aproveitar o momento para orientar o paciente.
- Aplicar insulina regular conforme glicemia capilar das 07:30, 11:30 e 17:30h, (Realizado pelo Laboratório, Equipe de enfermagem ou Paciente).
- Pesar diariamente.
- Estimular a participação do paciente diabético na sua própria assistência, visando minimizar seu tempo de internação e torná-lo independente para o autocuidado.
- Fazer cetonúria com glicemia maior que 300mg/dl.
- Fazer controle dos sinais vitais - 4x ao dia.
- Observar se está aceitando dieta e registrar.
- Facilitar a hidratação.
- Estimular deambulação 10' após as refeições.

ELABORAÇÃO:

Alcinei José Fraga

Andréia Nunes da Silva

Valdenésio Küster

SUPERVISÃO:

Enf^a. Rita de Cássia Bruno Sandoval

**RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS NA CLÍNICA MÉDICA
FEMININA, NA ATIVIDADE EDUCATIVA DO DIA 05/05/98.**

QUESTÃO / ÍTEM	Erro %	Acerto %	Total %
1) Assinale a(s) alternativa(s) correta(s), com relação o <i>Diabetes Mellitus (DM):</i>			
<input type="radio"/> O indivíduo diabético	17.4	82.6	100
<input type="radio"/> DM é uma enfermidade	43.5	56.5	100
<input type="radio"/> Os diabéticos Compensados,	17.4	82.6	100
2) Preencha os espaços abaixo com as letras correspondentes ao tipo de DM:			
(A) Diabetes Mellitus: Tipo 1			
(B) Diabetes Mellitus: Tipo 2			
<input type="radio"/> O pâncreas fabrica um pouco de insulina	65	35	100
<input type="radio"/> O pâncreas não produz insulina,	69.5	30.5	100
<input type="radio"/> Pode ser chamada de Diabetes não insulino-dependente.	69.5	30.5	100
<input type="radio"/> Mais freqüente em pessoas maiores de 40 anos.	13	87	100
3) Marque com um X a(s) resposta(s) que estiver(em) correta(s) com relação a <i>Hipoglicemia:</i>			
<input type="radio"/> Diminuição de açúcar no sangue	21.8	78.2	100
<input type="radio"/> Acontece devido a um atraso	26	74	100
<input type="radio"/> Sintomas: muita sede, garganta seca,	47.8	52.2	100
<input type="radio"/> Pode acontecer quando o	8.7	91.3	100
4) Agora faça o mesmo com <i>Hiperglicemia:</i>			
<input type="radio"/> Pode ser causada por excesso	21.8	78.2	100
<input type="radio"/> Sintomas:	17.4	82.6	100
<input type="radio"/> O paciente neste caso	21.8	78.2	100
<input type="radio"/> Apresenta nível de açúcar	-	100	100
5) Coloque (V) para as questões verdadeiras e (F) para as falsas:			
<input type="radio"/> Bem tratado,	8.7	91.3	100
<input type="radio"/> A prática de exercícios	13	87	100
<input type="radio"/> Vários pacientes (tipo 2),	34.8	65.2	100
<input type="radio"/> A insulina deve ser injetada	17.4	82.6	100
<input type="radio"/> A insulina pode ser aplicada na região do antebraço.	47.8	52.2	100
<input type="radio"/> Não é aconselhável o rodízio de aplicação de insulina.	-	100	100

<input type="radio"/> Ao verificar a glicemia no glicosímetro,	4.4	95.6	100
<input type="radio"/> A nível Hospitalar as agulhas e seringas	-	100	100
<input type="radio"/> A insulina pode ser conservada	21.8	78.2	100
<input type="radio"/> Não se mistura insulina Lenta	52.2	47.8	100
<input type="radio"/> O cliente em casa poderá reutilizar	30.4	69.6	100
<input type="radio"/> As complicações agudas quando	43.5	56.5	100
<input type="radio"/> A glicose é um tipo de açúcar	21.8	78.2	100
<input type="radio"/> A glicosúria deve ser feita	-	100	100
6) Preencha os espaços abaixo com as letras correspondente, a itens com mais de uma resposta correta:			
A - Ação rápida B - Ação intermediária C - Ação imediata			
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Mista 80/20	56.5	43.5	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina NPH	13	87	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina simples ou cristalina	39	61	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Regular	26	74	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Lenta ou Leitosa	8.7	91.3	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Humalog	69.5	30.5	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Mista 70/30	65	35	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Humulin N	17.4	82.6	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Novolin R	34.8	65.2	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Biohulin L	26	74	100
7) Quando você vai preparar uma mistura para ser aplicada no paciente diabético, com a seguinte prescrição: 21 unidades de NPH e 9 unidades de regular, como você pode fazer. Assinale a(s) alternativa(s) correta(s):			
<input type="radio"/> Aspirar na seringa 9 unidades de regular e 21 unidades de NPH, tendo um total de 30 unidades.	8.7	91.3	100
<input type="radio"/> Pegar do frasco de 70/30, tendo como total 30 unidades.	60.8	39.2	100
<input type="radio"/> Pegar do frasco de 80/20, tendo como total 30 unidades.	-	100	100
<input type="radio"/> Pegar do frasco de 75/25, tendo como total 30 unidades.	-	100	100

RESULTADO DOS QUESTIONÁRIOS APLICADOS NA CLÍNICA MÉDICA
MASCULINA II, ANTES DA ATIVIDADE EDUCATIVA DO DIA 02/06/98.

QUESTÃO / ÍTEM	Erro %	Acerto %	Total %
1) Assinale a(s) alternativa(s) correta(s), com relação o Diabetes Mellitus (DM):			
<input type="radio"/> O indivíduo diabético	25	75	100
<input type="radio"/> DM é uma enfermidade	50	50	100
<input type="radio"/> Os diabéticos Compensados,	31	69	100
2) Preencha os espaços abaixo com as letras correspondentes ao tipo de DM:			
(A) Diabetes Mellitus: Tipo 1			
(B) Diabetes Mellitus: Tipo 2			
<input type="radio"/> O pâncreas fabrica um pouco de insulina	62.5	37.5	100
<input type="radio"/> O pâncreas não produz insulina,	50	50	100
<input type="radio"/> Pode ser chamada de Diabetes não insulino-dependente.	44	56	100
<input type="radio"/> Mais freqüente em pessoas maiores de 40 anos.	31	69	100
3) Marque com um X a(s) resposta(s) que estiver(em) correta(s) com relação a Hipoglicemia:			
<input type="radio"/> Diminuição de açúcar no sangue	19	81	100
<input type="radio"/> Acontece devido a um atraso	12.5	87.5	100
<input type="radio"/> Sintomas: muita sede, garganta seca,	19	81	100
<input type="radio"/> Pode acontecer quando o	56	44	100
4) Agora faça o mesmo com Hiperglicemia:			
<input type="radio"/> Pode ser causada por excesso	25	75	100
<input type="radio"/> Sintomas:	19	81	100
<input type="radio"/> O paciente neste caso	6	94	100
<input type="radio"/> Apresenta nível de açúcar	-	100	100
5) Coloque (V) para as questões verdadeiras e (F) para as falsas:			
<input type="radio"/> Bem tratado,	-	100	100
<input type="radio"/> A prática de exercícios	6	94	100
<input type="radio"/> Vários pacientes (tipo 2),	19	81	100
<input type="radio"/> A insulina deve ser injetada	6	94	100
<input type="radio"/> A insulina pode ser aplicada na região do antebraço.	31	69	100

<input type="radio"/> Não é aconselhável o rodízio de aplicação de insulina.	6	94	100
<input type="radio"/> Ao verificar a glicemia no glicosímetro,	19	81	100
<input type="radio"/> A nível Hospitalar as agulhas e seringas	-	100	100
<input type="radio"/> A insulina pode ser conservada	19	81	100
<input type="radio"/> Não se mistura insulina Lenta	31	69	100
<input type="radio"/> O cliente em casa poderá reutilizar	50	50	100
<input type="radio"/> As complicações agudas quando	6	94	100
<input type="radio"/> A glicose é um tipo de açúcar	12.5	87.5	100
<input type="radio"/> A glicosúria deve ser feita	56	44	100
6) Preencha os espaços abaixo com as letras correspondente, a itens com mais de uma resposta correta:			
A - Ação rápida			
B - Ação intermediária			
C - Ação imediata			
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Mista 80/20	62.5	37.5	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina NPH	12.5	87.5	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina simples ou cristalina	44	56	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Regular	31	69	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Lenta ou Leitosa	12.5	87.5	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Humalog	62.5	37.5	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Insulina Mista 70/30	50	50	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Humulin N	25	75	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Novolin R	31	69	100
<input type="radio"/> <input type="radio"/> <input type="radio"/> Biohulin L	31	69	100
<input type="radio"/> Não respondeu			
7) Quando você vai preparar uma mistura para ser aplicada no paciente diabético, com a seguinte prescrição: 21 unidades de NPH e 9 unidades de regular, como você pode fazer. Assinale a(s) alternativa(s) correta(s):			
<input type="radio"/> Aspirar na seringa 9 unidades de regular e 21 unidades de NPH, tendo um total de 30 unidades.	12.5	87.5	100
<input type="radio"/> Pegar do frasco de 70/30, tendo como total 30 unidades.	31	69	100
<input type="radio"/> Pegar do frasco de 80/20, tendo como total 30 unidades.	-	100	100
<input type="radio"/> Pegar do frasco de 75/25, tendo como total 30 unidades.	-	100	100
<input type="radio"/> Não respondeu			

ANEXO 04

ROTEIROS
CE / VD

ROTEIRO PARA SUBSIDIAR UMA CONSULTA DE ENFERMAGEM À CLIENTES DIABÉTICOS

I - FATORES PESSOAIS:

NOME:..... Nº PRONT:.....
NATURAL:..... IDADE:
ESTADO CIVIL:..... SEXO:..... FILHOS:.....
RELIGIÃO:..... ESCOLARIDADE:.....
PROFISSÃO/OCUPAÇÃO:.....
END.:.....
..... FONE:.....
DATA DA CONSULTA:..... RETORNO:.....

II - AUTOCUIDADO UNIVERSAL:

A - MOTIVO

- 1) Por que marcou consulta de enfermagem?
- 2) Quem encaminhou?
- 3) Há quanto tempo descobriu o diagnóstico de DM? Qual é o tipo (I ou II)?
- 4) Controla a DM com quem? (Equipe multiprofissional? Frequência?)
- 5) Tem história familiar de DM? (Sim ou Não?) Qual o grau parentesco?

B - PROMOÇÃO DO FUNCIONAMENTO E DESENVOLVIMENTO HUMANO

- 1) O que você sabe sobre DM?
- 2) Quais os sinais e sintomas mais freqüentes? E quando aparecem?
- 3) O que você faz quando aparece um destes sintomas? E o que faz para preveni-los?
- 4) Você sabe o que é Hipoglicemia? E Hiperglicemia? O que faz nestes casos? Age de imediato? Em que situação Hipo ou Hiperglicemia?
- 5) Você sabe a causa da diminuição do açúcar (glicose) no sangue? E do seu aumento?
- 6) Já teve alguma complicação aguda ou crônica do DM? Qual?
- 7) Qual o método que utiliza : Glicosúria ou Glicemia Capilar? Freqüência?
- 8) Qual o tratamento que faz para controlar a DM?
Hipoglicemiantes orais? Qual? Quantas vezes? Toma regularmente?
Dieta somente? Exercícios e Dieta? Ou Exercícios, dieta e remédios?
Práticas alternativas (chás, rezas)? Por quê? Quem ensinou?
Insulinoterapia? Qual o tipo? Quantidade? Horário? Quem aplica? Faz rodízio? E assepsia (o que usa)? Onde conserva a insulina? Reutiliza quantas vezes?
- 9) Se faz exercícios, qual é? Freqüência? O que sabe sobre os benefícios e riscos do exercício?
- 10) Se faz dieta, quem orientou? O Que costuma comer? Qual a quantidade? Número de refeições diária? Quem prepara? Horários? Controla o peso? De quanto em quanto tempo?

11) Sente muita fome (polifagia)? Sente muita sede (polidipsia)? Quantos copos de água bebe? E tenha urinado muito ultimamente (poliúria)? Freqüência? Período (mais durante à noite ou de dia)?

12) Quantas horas dorme por dia? Sono tranqüilo? Costuma repousar (tirar uma soneca)? Em que horário?

13) Houve alguma mudança no seu relacionamento conjugal ou sexual após o diagnóstico?

14) Considera-se nervoso? Preocupado? Ansioso? Com medo? De quê? Faz uso de tranqüilizantes ou algum outro remédio? Em que horário? Quem prescreveu?

15) Gostaria de acompanhamento psicológico?

16) O que mudou na sua vida após o diagnóstico?

17) Como se sente em relação a DM?

18) Está feliz? O que falta para sentir-se assim?

19) Recebe apoio da família ou de amigos?

C - RISCOS À VIDA E AO BEM ESTAR

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

2) Tem algum problema de cicatrização? Ferimentos? Caimbrãs? Dores ou inchaço nas pernas? Freqüência? Problema de circulação sanguínea (varizes)?

3) Possui outra doença? Faz ou já fez tratamento (cirurgias)? Há quanto tempo?

4) Você é fumante? Quantos cigarros por dia? Há quanto tempo?

5) Toma bebida alcóolica? Há quanto tempo? Quantidade? Frequência?

6) Tem algum outro vício?

7) Existe algum fator que dificulte sua adesão ao tratamento? Gostaria de nos contar?

D - CONDIÇÕES FÍSICAS DO CLIENTE

1) Peso=..... Altura=..... P.A=..... Pulso=.....
Glicemia capilar=.....
(em jejum ou pós prandial/colocar a hora).

2) Integridade cutâneo-mucosa:

3) Observar face, comunicação e atenção do cliente:

4) Inspeção dos locais de aplicação de insulina (apresenta sinais de lipodistrofia ou não, sinais flogísticos):

5) Verificar sensibilidade em MMII (Possui? Existe presença de ferimentos? Pontos de Pressão? Observar Locomoção tem dificuldades, qual?)

E - CURIOSIDADES

1) Gostaria de perguntar ou saber alguma coisa?

2) Tem dúvidas sobre o que foi conversado?

3) Gostaria de marcar retorno para esclarecimento de mais cuidados para DM? Alguma sugestão sobre o assunto a ser tratado?

4) Tem interesse em participar de atividades educativas para esclarecimentos sobre DM?

5) Poderíamos marcar uma visita domiciliar? Quando?

ROTEIRO PARA SUBSIDIAR UMA VISITA DOMICILIAR À CLIENTES DIABÉTICOS

I - IDENTIFICAÇÃO:

NOME:.....

END.:.....

FONE:.....

II - CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS:

RENDA FAMILIAR:.....

Nº DE PESSOAS QUE HABITAM A CASA:.....

QUANTOS CONTRIBUEM NA RENDA:.....

III - CONDIÇÕES AMBIENTAIS:

TIPO DE MORADIA:.....

SISTEMA DE ILUMINAÇÃO:.....

PROCEDÊNCIA DA ÁGUA:.....

DESTINO DO ESGOTO:.....

COLETA DE LIXO:.....

SERVIÇOS DE SAÚDE:.....

IV - CONDIÇÕES FÍSICAS:

GLICEMIA:..... GLICOSÚRIA:.....

PA.:..... PULSO:.....

V - ASPECTOS CULTURAIS:

ACREDITA EM OUTROS MÉTODOS ALTERNATIVOS DE CURA:.....

QUAL:.....

.....

.....

VI - VERIFICAR COM O CLIENTE E FAMÍLIA COMO ESTÁ SENDO FEITO O AUTOCUIDADO REFERENTE À:

DIETA:.....

.....
EXERCÍCIO FÍSICO:.....

.....
TRATAMENTO (TÉCNICA DE APLICAÇÃO DE INSULINA, ARMAZENAMENTO, REUTILIZAÇÃO DE AGULHAS, ASSEPSIA, DOSES):

.....
.....
.....
.....
.....

VII - LISTAGEM DOS PROBLEMAS LEVANTADOS:

.....
.....
.....
.....
.....

VIII - ORIENTAR O CLIENTE E À FAMÍLIA, CONFORME OS PROBLEMAS LEVANTADOS E SOBRE OS CUIDADOS GERAIS. (ESTE PLANO DE CUIDADOS DEVERÁ SER ADAPTADO A REALIDADE DO CLIENTE VISITADO)

IX - ORIENTAR QUANTO A IMPORTÂNCIA DO RETORNO AMBULATORIAL E SE HÁ NECESSIDADE DE UMA NOVA VD:

.....

X - OBSERVAÇÕES:

.....
.....
.....
.....
.....

ANEXO 05

RELATÓRIOS
CE / VD

06/05/98 (5) Descobriu o diagnóstico (diabetes tipo 2) a pouco tempo às 9:15H. Descobriu a existência de mais alguém com DM na família. Não conhece a doença. Orientado pelo médico para fazer uso de DAONIL (1cp/dia, pela manhã /café) e para comer apenas verduras. Durante 1 semana comeu somente legumes e referiu ter passado fome. Procurou uma nutricionista e recebeu uma dieta de 1200 calorias. Continua com fome, muita sede e urina muito durante à noite. Relata sentir muita falta do refrigerante comum, que foi obrigado a cortar da alimentação, por tomar um ração de 1 litro/dia. Preocupado com a perda rápida de 4kg em apenas 1 mês.

(6) Peso: 71,500 gr Pulso: 65 bpm Altura: 1,61m
PA: 119 x 75 mmHg

→ Glicemia pós-prandial em 1H e 30' : 147 mg/dl.

Acompanhado do filtro, apresenta-se lúcido, orientado, com faces coradas e eufônico.

(A) Cliente comunicativo, interessado em aprender sobre a doença. Preocupado com a dieta e com a perda de peso em pouco tempo. Provável perda de peso devido a diminuição abrupta de sua ingestão alimentar. Sente mais desconfortos de DM descompensado.

(P) Orientado sobre DM, dieta (1.500 calorias), exercício físico associados ao tratamento para a prevenção do auto cuidado, segundo a Teoria de Gottlieb (1998). - Agendado consulta com a Nutricionista para o dia 18/05/98.

Ac. Enfermagem

Andréia D.F.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

R.S

Consulta de Enfermagem

P₁ C.É.

20.05.98

S - G. V. B. 22 anos, branco, solteiro, natural de Tubarão e procedente de Florianópolis. Estudante, Diabético desde os 3 anos de idade. A avó materna também é diabética de longa data. Controla o DM com a equipe multiprofissional do HU à cada 3 meses. Usa insulina NPH Humana 20 U às 21:30H e insulina regular humana sob esquema MDDI, 8 U às 7:30H; 12 U às 12H; 18 U às 18H e 8 U às 21:30H. E. faz o próprio controle glicêmico com aparelho de glicemia capilar 1x ao dia e também faz as autoaplicações de insulina. Refere ter sido submetido a uma cirurgia de retinopatia na vista E há 3 anos com laser e que continua fazendo controle oftalmológico periodicamente. Faz uso de óculos para correção visual. Realiza poucos exercícios físicos pois estuda e trabalha, o que toma quase todo o seu tempo. Dorme em média 6H por noite e seu sono é tranquilo. Permanece até tarde da noite estudando ou desenhando. Alimenta-se bem, procurando comer de tudo em pequena quantidade, menos açúcar. Durante a tarde E. quase não come pois que geralmente está na universidade. Conhece bem os sinais e sintomas de hipoglicemia, pois já teve as duas complicações várias vezes. Sua mãe, muitas vezes, não aceita que ele saia de casa durante a noite e que utilize o carro, com medo de que possa acontecer um episódio de hipoglicemia enquanto dirige e cause algum acidente, assim como pode não ter ninguém por perto para prestar socorro.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
 HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
 EVOLUÇÃO DO PACIENTE

G. V. B.
 Consulta de Enfermagem

O - G. apresenta-se bem, lúcido, orientado e comunicativo. Com integridade cutânea mucosa e hidratado. Correção visual com óculos lentes longas. Não apresenta sinais de lipodistrofias nos locais de aplicação de insulina. Apresenta boa higiene corporal. Os pés estão íntegros, com presença do pulso pedioso e boa percepção tátil.

Peso 52,500 kg; PA = 110 x 70 mmHg;
FC = 76 bpm; Glicemia capilar 130 mg/dl.
1 H pós prandial.

A - Cliente apto para o autocuidado.

- Bom conhecimento sobre o DM.

- Complicação crônica, retinopatia, já corrigida cirurgicamente.

- Glicemia normal; DM controlado.

- Monitoreso.

- Insegurança da mãe relacionada com a pouca informação sobre as complicações agudas do DM.

P - Incentivar para o autocuidado.

- Reforçar orientações sobre a importância dos exercícios físicos para o cliente diabético.

- VD para amanhã às 9:30 h conforme combinado com o cliente para avaliar e orientar a mãe e família sobre as complicações do diabético.

Ac. Enf. Alcinei



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

G.V.B

Consulta de Enfermagem

12/5/98

10:30h

S: A. S tem 54 anos é casado pai de 3 filhos 2 homens e 1 mulher, todos casados residentes em Florianópolis, ele e a esposa residem em Pau Lopes. Relata ter descoberto o diabetes há \pm 1 ano, hoje sabe que o diabetes é uma doença crônica que não tem cura, onde o pâncreas deixa de produzir insulina em quantidade suficiente para não elevar o açúcar no sangue, esse açúcar alto pode causar sérios problemas à saúde com o tempo se não cuidar. Conta que antes de descobrir o diabetes sentia muita sede, tomava muita água, urinava a noite toda quase de hora em hora, e foi assim que procurou o médico descobriu de que era diabético. Começou imediatamente o tratamento, no início foi difícil se adaptar a dieta, mas com o apoio dos filhos procuraram se informar sobre a doença, não conheciam ninguém da família com esta doença. Com o tempo foi ficando claro que se cuidasse evitaria ou retardaria as complicações a longo prazo da doença, agora mantém o controle do diabetes com a dieta, exercícios físicos, todos os dias caminha, segue as orientações da nutricionista e da enfermeira Rita a qual foi encaminhado pelo seu médico. Vem mantendo consultas trimestrais com a enfermeira Rita. Diz que os filhos também participam do seu tratamento quando recebem a sua visita, preparam os alimentos sem distração tomando cuidado para não fugir da dieta. Quanto a hipoglicemia e hiperglicemia não tem apresentado, mas sempre anda com uma bala no bolso quando sai, se faz muita atividade sabe que pode baixar demais o açúcar no sangue. Relata também que não faz exame de glicemia em casa somente quando o médico solicita ou vem a consulta de enfermagem.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

A. S

Consulta de Enfermagem

12/15/98
10:30h

O: Bom estado geral, faz uso de óculos de grau, audição sem particularidades, pele íntegra, MMSS e II aquecidos e com boa perfusão.

Peso: 71 Kg PA: 11/8 mmHg glicemia: 110 mg/dl Hemoglobina glicosilada 4,3

A: Apto para o autocuidado, vem mantendo os níveis glicêmicos dentro dos valores desejados e incorporou o tratamento como uma filosofia de vida.

P: - Manter cuidados com tratamento.
- Orientado sobre a importância de realizar o exame da glicemia periodicamente.

Ac. de Enf. Valdenésio



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
EVOLUÇÃO DO PACIENTE

A.S.
consulta de enfermagem

DATA/HORA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/04/93

às 10:00H

⑤ O.C.R., 65 anos, branca, sexo feminino, casada, teve 5 filhos (4 vivos), católica, aposentada como servente pela OBRAN há \pm 4 anos, possui o primário incompleto. Sua renda familiar é de \pm 3 salários mínimos. Natural de Florianópolis mora no côrego grande, com seu esposo (V.R.), pai de aposentado em uma casa própria de alvenaria ainda em construção, com 3 cômodos, cozinha, banheiro e um quarto-solteiro. Possui condições de eletrificação, água encanada e esgoto canalizado. Coleta de lixo 2 vezes por semana, sem demais domésticos. Passa os dias praticamente confinada em seu lar, saindo à tarde para visitar o marido, também portador de DM, que está internado no HU. Relata que não assiste TV porque não tem vontade de cozinhar os alimentos quando estão em casa, porém não compra verduras, legumes, frutas ou massas. Faz 1 ou 2 refeições diárias, sendo uma pela manhã (café com pão) e outra por volta de 12:00H, onde improvisa qualquer coisa que tiver, se não tem não come. Tem boca seca geralmente perto da hora do almoço. Tem quase não sente. Diz que seu organismo já se acostumou e que também não tem vontade de cozinhar. Bebe em média \pm 5 copos de água/dia. A higiene corporal é feita 1x ao dia, já a oral não é quase realizada. Eliminações sem problemas. Come quando começa a receber, acorda algumas vezes durante a noite e fica pensando no marido. Acorda por volta das 07:00H. Perguntada sobre a doença (DM) responde não ter conhecimento, só sabe dizer que é diabética \pm 6 anos e que teve uma tia que morreu com a mesma doença e que passou por um longo período acamada. Preocupada pois acha que é a única com DM. Não conhece mais ninguém que tenha DM e sabe que vai morrer por causa desta doença. Não sabe dizer o que mudou após o diagnóstico. Diz não receber apoio da família e que não é muito visitada por eles. Também não sente saudades pois já se acostumou a solidão. Foi internada 2x no hospital, mas não sabe o porquê. Não possui vícios. Suas práticas alternativas



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

O.C.R.

União Comunitária Ol.

08/04/98

às 10:00H

de saúde vão desde a farmácia (onde é aplicada a insulina) até o HU (onde consulta com o médico de DM). Não sabe informar dose, tipo ou a importância que tem a insulina para sua vida. Não realiza exercício físico e refere quando caminha que sente dor nas pernas e que tem certa dificuldade de para subir escadas.

(O) Constatamos que a casa apresenta condições de moradia precária (chão sem piso, telhado sem forro, paredes não pintadas, apenas no reboco, banheiro sem piso ou azulejos). A casa apresentava-se úmida, suja e com odor fétido. A dona O.C.R. Trovira vestimenta com os pés descalços, consequentemente com lesões.

(A) Ao visitar Dona O.C.R. podemos verificar a falta de higienização do ambiente e da própria moradora. Acomodada a seu espaço precariamente mobiliado, passa a maior parte do tempo confinada em sua cama "olhando para o nada". Seus afazeres domésticos limitam-se a alimentação feita para ser consumida no mesmo dia (geralmente pela manhã). Ao inspecionar o seu estado geral demonstrava sinais de tristeza e desleixo com a própria saúde. Sem interesse em mudar e bastante desmotivado com a vida. No exame físico pode-se observar nos mmII presença de varizes. Observado pouco grau de esclarecimento em relação a DM e os cuidados com a mesma.

(P) - Orientada para a importância de uma prática de higiene boa, como arejamento do ambiente (sol e ar puro), para limpeza da casa e dos utensílios domésticos, além da sua própria.
 - Orientada para a promoção da auto-atividade segundo a Teoria de Grotzka E. Orm.
 - Orientada para se alimentar mais vezes ao dia e



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

O.C.R.

Visita Domiciliar 01

DATA/HORA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

08/04/98

às 10:00h

e com uma alimentação mais equilibrada (verduras, legumes e frutas, além de carboidratos).

- Marcado retorno ambulatorial para o dia 09/04/98.

- Orientada para elevar os NMTL e sobre a importância da caminhada regularmente.

- Realizada coleta de material para exame de sangue.

- Contatar com a família (filhos: Waldemiro e Marilene).

- Avisar a farmacêutica para que seja recitada com as doses de insulina a ser aplicada a cada 4 meses.

- Encaminhada para a Psicóloga no dia 01/06/98.

At. Enfermeira:

Andréia M. S.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

O.C.R.

Visita Convulsão 01

P. VD

21.05.98 S- G. U. B. 22 anos, branco, solteiro, natural de Tubarão e residente em Florianópolis. Estudante do curso de Arquitetura da UFSC. Mora com seus pais e dois irmãos em um apartamento com 3 quartos, 1 banheiro, salas de jantar e estar conjugadas, cozinha e área de serviço, com toda a infraestrutura.

G. diz ser diabético tipo 1 desde os 3 anos e que sua avó materna é diabética tipo 2 há muitos anos. Faz tratamento do DM no HU. Alimentase de acordo com orientação dietética da nutricionista e dos médicos do grupo de diabéticos do HU. Usa insulina NPH humana e Regular humana sob esquema MDI. Ele mesmo faz os exames glicêmicos e a autoaplicação de insulina, respeitando rodízio, tendo como preferência para o rodízio o abdome conforme orientado nas consultas de enfermagem. Conserva as insulinas na parte de baixo da parte da geladeira. Reutiliza as seringas e agulhas 5 a 6 vezes. Negar uso de bebidas alcoólicas e fumo. Quase não pratica atividades físicas por falta de tempo, porém aproveita para caminhar quando vai para a universidade e/ou trabalho. Dorme em média 5 a 6 h por noite.

Seu pai trabalha em Tubarão e vem para casa somente nos fins de semana. Ele é o único que contribui na renda familiar, que é de aproximadamente 3 mil reais por mês. G. recebe pela bolsa onde trabalha 70% do salário mínimo, dando apenas para gastos pessoais. Sua mãe cuida da casa e da família. G. refere conflito entre ele e sua



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

G. U. B.

Visita Domílicia

mãe, quando quer sair a noite ou usar o carro, pois a mãe tem medo que ele possa ter uma hipoglicemia e não ter quem o ajude no momento.

O - Cliente encontrava-se em casa, no momento da visita, com sua mãe e um irmão que estavam de saída. G. estava orientado, comunicativo e atencioso, apresentava-se eufórico, com pele corada e hidratada. Boa higiene corporal. A mãe de G. disse que tinha que resolver algumas coisas na "rua" e que voltaria logo mas retornou já perto do meio dia quando nós estávamos de saída, não sendo possível assim conversar muito sobre o seu conhecimento e reação das complicações agudas do DM de seu filho.

No momento da VD, G. apresentava glicemia capilar 135 mg/dl 3H pp; PA = 110×75 mmHg; FC = 78 bpm e FR = 16 upm.

A - Cliente com DM controlado

- Boas condições da moradia.
- segue orientações de enfermagem.
- Mãe demonstra insegurança por ter pouco conhecimento das complicações agudas do DM e já ter presenciado seu filho com episódio de hipoglicemia severa.
- Participação do cliente e família no autocuidado.
- Normotensa e normoglicêmico.

P - Manter Plano de autocuidado.

- Esclarecer dúvidas sobre as complicações agudas do DM.
- Incentivar a mãe para que acompanhe G. nas consultas de enfermagem no ambulatório.

Ac. Enf. Alcinei



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

G. V. B.
Visita domiciliar.

DATA/HORA

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

06/5/98

Visita Domiciliar

08h

S: M. P. M. tem 73 anos é viúva, reside na Trindade de próximo ao presídio. Mora em uma casa de alvenaria com divisória de madeira, possuindo 2 peças uma cozinha com fogão, geladeira, pia, mesa, cristaleira, rádio; 1 quarto com janela e 2 camas de solteiro, 1 guarda-roupa pequeno; o banheiro fica situado na casa da criança (uma espécie de creche), sua casa é um anexo da casa da criança mede $\pm 8 m^2$. Possui iluminação elétrica, água da casa, o sistema de esgoto é o mesmo da casa da criança por isso não soube dar mais detalhes, quanto ao lixo coloca junto com o da casa da criança que depois o caminhão recolhe. Reside na sua casa com o neto de 12 anos, quem ajuda nos afazeres domésticos é sua nora que reside próximo, a única fonte de renda provém da sua aposentadoria, gasta quase tudo com remédios. Relata ter hipertensão e diabetes a mais de 15 anos, realiza controle diária da PA no domicílio, o diabetes controla com a equipe multiprofissional no ambulatório da área B do HU, também possui ICC insuficiência renal, já teve AVC e inúmeras internações no HU. Para hipertensão faz uso do chá da folha do chuchu, para o diabetes desconhece o uso de chás. Sua nora é quem cuida da sua alimentação e aplica insulina. Faz 5 refeições por dia, nem sempre consegue seguir a dieta come o que tem, quando compra verduras come mais salada se não come arroz, feijão ou couve. O café da manhã toma as 6h um copo de leite com café e as 8h mais um copo com "mingauzinho" de milho ou um pão de trigo, usa adoçante. Relata sentir muita fraqueza, as vezes formigamento nas pernas, permanecendo maior parte do período sentada ou deitada.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

M. P. M.

Visita Domiciliar

06/15/98
08h

O: Apresenta diminuição da acuidade visual e auditiva discreta, pele íntegra, dormência em MSE e MIE, MMSS e II com extremidades hiperemia das e com hipotermia, tem dificuldade para se locomover. Eliminações urina 2 a 3 vezes ao dia, evacua 1 a cada 5 a 7 dias, as vezes chegando a 15 dias, faz uso de laxante.

Glicemia: 171 mg/dl 2 h.p.p. PA: 18/9 mmHg.

Medicamentos:

- Dimenfor 850 mg 2x ao dia
- Clarvisol colírio 2gts cada olho 2x ao dia
- Insulina NPH 30un as 4:30, 20un as 18:30
- Adalat 3 cp. ao dia
- Isordil 10 mg 3 cp. ao dia
- Pressotec 10 mg 3 cp. ao dia
- Laxis 1 cp. ao dia
- Naturett (regulador intestinal)

A: PA mantém-se estabilizada em 18/9 mmHg;

- Glicemia pós prandia dentro dos limites esperados para idade e quadro clínico;

- Cliente interessada em manter-se compensada seguindo as orientações fornecidas.

P: - Orientada para usar meia de lã nos MMII;

- Orientada para realizar exercícios na cama de extensão e flexão dos MMSS e II, dorso-flexão e extensão dos pés;

- Orientada p/ fazer massagem durante o banho nos MMII

Ac. de enf. Valderésio



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

M.P.M.

Visita Domiciliar

ANEXO 06

**DOCUMENTOS UTILIZADOS
NO PROGRAMA DE DIABÉTICOS - PAM**



NÚMERO DE MATRÍCULA

ENVELOPE DE PRONTUÁRIO

UNIDADE

POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

NOME

--

DATA NASCIMENTO

--

SEXO

--

ENDEREÇO (Rua, avenida, etc.)

--

NÚMERO

--

APARTAMENTO/BLOCO

--

BAIRRO

--

CIDADE

--

FONE

--

CÓD. 1008439-8

MUNICÍPIO

LOCAL

Nº DE REGISTRO

0
1
2
3
4
5
6
7
8
9
0
1
2
3
4
5
6
7
8
9

F I C H A D E C O N T R O L E

E: _____

A																			
O																			
C.																			
COSE 60/110%																			
ESTEROL 140/240%																			
GLICERÍDEOS 15% H=155%																			
HA																			
ICAMENTOS																			
emoglobina icosilada																			
AMINHAMENTOS																			

ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - SUS

POLICLÍNICA DE REFERÊNCIA REGIONAL

FICHA DE ENCAMINHAMENTO

PROGRAMA DE: _____

NOME DO CLIENTE: _____

PARA: _____

JUSTIFICATIVA: _____

DATA

ENFERMEIRO

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS DOS CLIENTES
DOS PROGRAMAS ESPECIAIS

1- IDENTIFICAÇÃO:

Nome: _____
Data de Nasc.: _____ Raça: _____ Sexo: _____
Estado Civil: _____ Religião: _____
Escolaridade: _____ Naturalidade: _____
Ocupação: _____ Plano de Saúde: _____
Endereço: _____
_____ Fone: _____
Pessoa para Contato: _____

2- HISTÓRIA DE SAÚDE PREGRESSA:

Doenças na Família: _____

Cirurgias: _____
Alergias: _____
Tabagismo: _____ Alcoolismo: _____
Outras Drogas: _____

3- ESTADO DE SAÚDE ATUAL:

3.1- Aspectos Psico-Biológicos:

Encaminhado por: _____
Motivo da Consulta: _____

Outras Doenças: _____
Usa Medicamentos? Quais? _____

Acuidade Visual e Auditiva: _____
Atividade Física: _____
Hábitos Alimentares: _____

Hábitos de Eliminação: _____

Método Anticoncepcional: _____

Sexualidade: _____

Peso: _____ Altura: _____ P. A: _____ F.C: _____ F.R: _____

Outras observações de ordem física: _____

Segurança Emocional: _____

Auto Estima e Aceitação: _____

3.2- Aspectos Sócio-Espirituais

Condições de Moradia: _____

Renda Familiar: _____

Recreação e Lazer: _____

Crença Religiosa: _____

Participação na Sociedade: _____

Usa os recursos de saúde existentes na comunidade? Quais? _____

4- EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE

Capacidades Cognitivas: _____

Capacidades Motivacionais: _____

Crenças e Valores Relacionados a Práticas de Cuidado: _____

ANEXO 07

FORMALIDADES

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ilustríssima Senhora
Professora Beatriz Capella
Departamento de Enfermagem-NFR/UFSC

Senhora Professora,

Cumprimentando-a respeitosamente, vimos pelo presente informá-la para conhecimento e participação sobre a Atividade Educativa que será realizada na Clínica Médica Masculina II, no dia 02 (dois) de Junho de 1998, das 07:30h às 12:00 horas, pelos acadêmicos da 8ª Fase, *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que estão realizando o Trabalho de Conclusão de Curso na área B do Hospital Universitário, com clientes diabéticos, sob a supervisão das Enfermeiras: Rita de Cássia Bruno Sandoval e Maria Salete Lopes Natividade, e orientação da Professora e Dra. em Enfermagem da UFSC: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Na certeza da sua participação que contribuirá sobremaneira com o sucesso do evento, antecipadamente agradecemos, ao tempo que renovamos as expressões de elevada estima e distinta consideração.

Cordialmente,

Alcinei José Fraga

Andréia Nunes da Silva

Valdenésio Küster

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ilustríssima Senhora
Nádia Chiodelli Salum
Coordenadora da Comissão de Educação em Serviço/Hospital Universitário-HU

Prezada Enfermeira,

Cumprimentando-a respeitosamente, vimos pelo presente informá-la para conhecimento e participação sobre a Atividade Educativa que será realizada na Clínica Médica Masculina II, no dia 02 (dois) de Junho de 1998, das 07:30h às 12:00 horas, pelos acadêmicos da 8ª Fase, *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que estão realizando o Trabalho de Conclusão de Curso na área B do Hospital Universitário, com clientes diabéticos, sob a supervisão das Enfermeiras: Rita de Cássia Bruno Sandoval e Maria Salete Lopes Natividade, e orientação da Professora e Dra. em Enfermagem da UFSC: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Na certeza da sua participação que contribuirá sobremaneira com o sucesso do evento, antecipadamente agradecemos, ao tempo que renovamos as expressões de elevada estima e distinta consideração.

Cordialmente,

Alcinei José Fraga

Andréia Nunes da Silva

Valdenésio Küster

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

Ilustríssima Senhora
Enfermeira Maria Salete Lopes Natividade
Hospital Universitário-HU

Prezada Enfermeira,

Cumprimentando-a respeitosamente, vimos pelo presente informá-la para conhecimento e participação sobre a Atividade Educativa que será realizada na Clínica Médica Masculina II, no dia 02 (dois) de Junho de 1998, das 07:30h às 12:00 horas, pelos acadêmicos da 8ª Fase, *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, que estão realizando o Trabalho de Conclusão de Curso na área B do Hospital Universitário, com clientes diabéticos, sob a sua supervisão e da Enfermeira: Rita de Cássia Bruno Sandoval e orientação da Professora e Dra. em Enfermagem da UFSC: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Na certeza da sua participação que contribuirá sobremaneira com o sucesso do evento, antecipadamente agradecemos, ao tempo que renovamos as expressões de elevada estima e distinta consideração.

Cordialmente,

Alcinei José Fraga

Andréia Nunes da Silva

Valdenésio Küster

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Ilustríssimo Senhor
Eduardo Miranda Rhee
Representante da Lilly

Prezado Sr. Eduardo,

Cumprimentando-o respeitosamente, vimos pelo presente agradecer o patrocínio dado pela Empresa Lilly, a qual representas, o coquetel realizado em nossa Atividade Educativa sobre *Diabetes Mellitus*, no dia 02 de junho de 1998, na Clínica Médica Masculina II, do Hospital Universitário de Santa Catarina, que contou com a presença de 30 funcionários, 04 convidados e 03 Palestrantes.

Cordialmente,

Alcinei José Fraga

Andréia Nunes da Silva

Valdenésio Küster

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Florianópolis, 05 de junho de 1998.

Ilustríssima Senhora
Regina Silveira
Digníssima Coordenadora de Enfermagem
Policlínica de Referência Regional - Centro/Florianópolis-SC
Nesta

Prezada Senhora,

Com nossos respeitosos cumprimentos, vimos pelo presente solicitar a V. Sa. autorização para realizar uma visita, junto ao Programa de Diabetes Mellitus, dessa Unidade, no dia 09.06.98 pela manhã, caso V. Sa. concorde.

Informamos que esta visita será realizada por 03 (três) acadêmicos da 8ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, com objetivo de conhecer e analisar a assistência prestada aos pacientes portadores dessa enfermidade.

Certos da atenção que V.Sa. irá dispensar ao assunto, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

Andréia Nunes da Silva
Formanda em Enfermagem 98/1

Fone (Fax): (048) 331-9542
Fone (Res): (048) 226-4232

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

Florianópolis, 28 de maio de 1998.

Ilustríssima Senhora
Digníssima Presidente da Associação de Diabéticos Juvenis - APAD, em Curitiba (PR).

Senhora Presidente,

Com nossos cumprimentos, vimos pelo presente, solicitar a Vossa Senhoria, autorização para visitar as instalações e observar o funcionamento dessa Associação de Diabéticos, numa data a ser agendada no período de 01 à 05 de junho próximo.

Informamos que esta visita deverá ser realizada por (03) três acadêmicos da última fase do Curso de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, em cumprimento às atividades curriculares com o objetivo de concluirmos a elaboração do nosso trabalho com Diabéticos, junto ao ambulatório do Hospital Universitário, sob a supervisão das Enfermeiras: Rita de Cássia Bruno Sandoval e Maria Salete Lopes Natividade e orientação da Professora Dra. em Enfermagem: Maria Itayra Coelho de Souza Padilha.

Na certeza da atenção que Vossa Senhoria irá dispensar a presente solicitação, antecipadamente agradecemos.

Atenciosamente,

Andréia Nunes da Silva
Formanda em Enfermagem

Fone (FAX): (048) 331-9542.
Fone: (048): 331-9388
Fone (RES): (048)226-4232



Curitiba, 28 de maio de 1998.

Prezada Andréia,

Ficamos muito felizes ao recebermos seu fax.

É com imenso prazer que vamos poder tê-los em nossa entidade.

Sempre é gratificante podermos divulgar nosso trabalho de perto e receber estudantes para um bate-papo.

É só ligar e marcar com a secretária Marilene que aqui estarei para recebê-los.

Um abraço,

Maria Cecília Munhoz da Rocha Carreiro
Presidente da APAD

À

Andréia Nunes da Silva
Centro de Ciências Saúde/UFSC

Associação Paranaense do Diabético Juvenil

Avenida Iguaçu, 4263 — Fone: 244-7711 — CEP 80.240-031 — Curitiba — Paraná

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

Florianópolis, 14 de agosto de 1998.

Ilustríssima Senhora

Maria Cecília Munhoz da Rocha Carreiro

Digníssima Presidente da Associação Paranaense do Diabético Juvenil - APAD/
Curitiba (PR).

Senhora Presidente,

Cumprimentando-a cordialmente venho pelo presente agradecer a vossa atenção em nos esperar, *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, formandos do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina - UFSC, do semestre 98/1, para uma visita em sua entidade, e informá-la que devido a greve da UFSC, que aconteceu em nosso período de estágio, não foi possível realizá-la em tempo hábil para a concretização deste propósito que fazia parte do nosso trabalho.

Devidamente justificado e já elucidado a Banca Examinadora, no dia 04/08/98, foi considerado parcialmente realizado e por motivos alheios a nossa vontade, não concluído em sua totalidade.

Em anexo estou lhe enviando um folder do nosso Trabalho de Conclusão de Curso distribuído no dia 07/08/98, data da nossa apresentação pública.

Estamos avaliando a possibilidade de realizarmos a visita, independente da sua conexão com o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Caso se confirme, faremos contato novamente.

Gostaria de agradecer-lhe a oportunidade dispensada em cumprimento a solicitação feita anteriormente e reforçar a V. Sa., minhas expressões de elevada consideração e apreço.

Atenciosamente,

Andréia Nunes da Silva
Formanda do Semestre/98-1
Curso de Graduação em Enfermagem

Fone (Fax): (048) 331-9542 - Direção do Centro de Ciências da Saúde - CCS/UFSC.

Fone (Com): (048) 331-9388 - Departamento de Saúde Pública - SPB/UFSC (Bolsista)

Fone (Res): (048) 226-4232

E-mail: andreia@repensul.ufsc.br

Florianópolis, 17 de julho de 1998.

DECLARAÇÃO

É grande a incidência de indivíduos portadores de diabetes mellitus internados na Clínica Médica Feminina; não somente na endocrinologia mas também em outras especialidades (cardiologia, neurologia, nefrologia, hematologia...). Assim, é constante nossa participação no processo de monitorização e terapêutica de clientes portadores dotados desse distúrbio endócrino.

Havia a necessidade de atualização quanto ao assunto e do esclarecimento de dúvidas que eram manifestadas pela equipe com freqüência. Isso motivou-nos a principiar com o tema diabetes o programa de estudo das patologias mais tratadas em nosso setor.

A dinâmica de encontro propiciou um "bate-papo" agradável, onde os participantes sentiram-se a vontade para questionarem e compartilharem seus conhecimentos. Os recursos utilizados (questionário, figuras, cartazes, demonstrações...) contribuíram para o sucesso do evento.

Os resultados são percebidos em nosso dia-a-dia. Atualmente, a administração de insulina é feita logo após a glicemia capilar o que antes muitas vezes era desrespeitado e o cliente recebia a insulina muito próximo ao horário da refeição ou após. Houve conscientização da importância em seguir o preconizado. A especificação do tipo de insulina (Humana/Mista/Suína) vem sendo exigida na prescrição médica, pois dúvidas e até erros aconteciam por essa omissão. Foi elaborado uma tabela (fixada na porta da geladeira) para facilitar a identificação dos diversos tipos de insulina. As intercorrências como hipo/hiperglicemia são reconhecidas na maioria das vezes e tomadas as medidas cabíveis a cada situação. Vem sendo utilizado exclusivamente o abdômen para rodízios, estamos elaborando um instrumento que facilite o controle dos rodízios.

Qualquer mudança, seja sutil ou evidente como as citadas, qualificam a nossa assistência. Atividades educativas como a que foi desenvolvida, pelos acadêmicos *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, no dia 05 de maio de 1998, proporcionam nosso crescimento como profissionais comprometidos com a saúde e bem-estar das pessoas.

Enf. Alda Isabela S. Mello
Chefe de Serviço Intenção
Clínica Médica Feminina
CORREIO 13.838
HU/UFSC

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOPITAL UNIVERSITÁRIO
DIRETORIA DE ENFERMAGEM

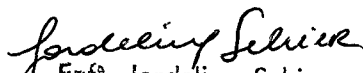
DECLARAÇÃO

Declaro que no dia 02/06/98, os acadêmicos de enfermagem, do Curso de Graduação em Enfermagem de UFSC, Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster, sob a supervisão da Enf^a Rita de Cássia Bruno Sandoval, realizaram atividade educativa em forma de palestra sobre cuidados de enfermagem no Diabetes Mellitus (DM). O referido curso foi dirigido à equipe de enfermagem da Clínica Médica Masculina II (CMM II) oportunizando a reciclagem do conhecimento, discussão e entrosamento da equipe frente ao tema, bem como, gerando propostas para a otimização da assistência prestada ao cliente portador de DM hospitalizado. A dinâmica da palestra foi enriquecida com a presença da Comissão de Educação em Serviço da Diretoria de Enfermagem realizando técnicas de vitalização que motivou todo o grupo para o curso.

Finalmente avaliamos que a atuação brilhante dos referidos alunos favoreceu a melhoria da assistência e do trabalho em equipe, inclusive estimulando a realização de novos cursos.

Em nome da Equipe de Enfermagem da CMM II agradeço a oportunidade que nos foi oferecida, além do prazer que foi trabalhar com os acadêmicos.

Atenciosamente.


Enf^a. Jordelina Schier
Chefia da Seção de Internação
da Clínica Médica Masculina
COREn-SC 43,068
HU/UFSC

Florianópolis, 26 de junho de 1998



Andréia, Alcinei e Valdenésio

Covidam para a apresentação do Trabalho de Conclusão de Curso,
intitulado:

Do Hospital ao Domicílio:
O autocuidado do cliente diabético no Hospital Universitário
Universidade Federal de Santa Catarina

Dia: 07 de agosto de 1998

Hora: 14:00H

Local: Auditório do CCS



Criação: Andréia Nunes da Silva.

CONCLUSÃO:

Neste estudo destacamos alguns elementos do estágio de prática assistencial relativo ao processo de em enfermagem, tais como, a consulta de enfermagem, a visita domiciliar, o papel educativo da (o) Enfermeira (o) enquanto provedor e facilitador do autocuidado. Para que o objetivo deste trabalho se tornasse realidade, utilizamos como marco teórico a Teoria do Autocuidado de Dorothea E. Orem, por ser a teoria que melhor se adapta, ao nosso ver, no atendimento das necessidades do cliente diabético.

A prática assistencial possibilitou avaliarmos o envolvimento do cliente/família no autocuidado, através de suas ações cotidianas vivenciadas na visita domiciliar quando solicitávamos aos mesmos para fazerem uma demonstração prática ou explicassem algum procedimento. Essa atividade fazia com que estes refletissem sobre estas práticas e seus porquês. Através do processo reflexivo que o cliente/família obtém um maior crescimento pessoal desenvolvendo a sua percepção sobre suas potencialidades e dificuldades quanto ao autocuidado.

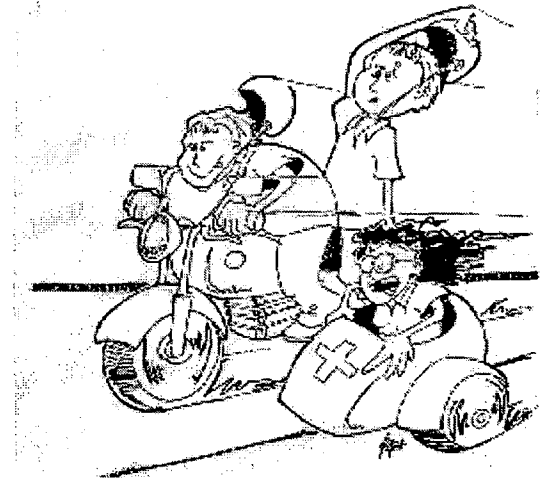
Finalmente para nós foi extremamente importante a interação obtida com cada cliente/família assistidos durante o estágio, quer seja no ambulatório ou nas clínicas, bem como a interação com os profissionais e familiares.

Esta assistência prestada foi planejada levando em consideração suas crenças, hábitos e forma de vida, para possibilitar o conhecimento acerca da doença e torná-lo capaz de autocuidar-se.

PENSAMENTO:

“Os momentos mais esplêndidos da vida, não são os chamados dias de êxito mas sim, aqueles dias em que, saindo do desânimo e do desespero, sentimos erguer-se dentro de nós um desafio: a vida é promessa de futuras realizações”.

(Gustave Flaubert)



DO HOSPITAL AO DOMICÍLIO

O Autocuidado do Cliente Diabético no
Hospital Universitário UFSC

Acadêmicos:

Alcinei José Fraga
Andréia Nunes da Silva
Valdenésio Küster

Orientação: Dra. M^a Itayra C. de S. Padilha

Supervisão: Enf^ª. Rita de C. B. Sandoval

Ilustração: JAPA
Criação: Andréia Nunes da Silva
Valdenésio Küster

RESUMO

Este trabalho trata-se do relatório final do Projeto Assistencial da Disciplina INT - 5134 - Enfermagem Assistencial Aplicada, da 8ª Fase do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Desenvolvido no período de 25 de março a 03 de junho de 1998, pelos acadêmicos *Alcinei José Fraga, Andréia Nunes da Silva e Valdenésio Küster*, no Ambulatório (área B) e Unidade de Internação Clínicas Médicas Masculina II e Feminina do Hospital Universitário, além de complementarmos esta proposta assistencial com visitas domiciliares à clientes selecionados. Teve por objetivo principal prestar cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos e familiares que procuram os serviços de saúde nesta instituição, visando a promoção do autocuidado, em um trabalho de co-participação multiprofissional. Selecionamos, para a implementação de nossas atividades a Teoria de Enfermagem elaborada por Dorothea E. Orem, por entendermos que esta se adaptaria melhor ao trabalho proposto. Embasados nos seus pressupostos, elaboramos um roteiro para a aplicação da Consulta de Enfermagem e Visita Domiciliar, que avaliasse a aplicabilidade da teoria no desenvolvimento assistencial da nossa prática com clientes diabéticos e seus familiares. Esta experiência mostrou-se valiosa para nós e foi possível perceber que "quando capazes os indivíduos cuidam de si mesmo" (*OREM apud GEORGE, 1993: 03*).

SUMÁRIO

❖ INTRODUÇÃO

❖ OBJETIVOS

Geral

Específico

Procedimentos e Estratégias para o Alcance dos Objetivos Propostos

Avaliação

❖ MARCO TEÓRICO

❖ REVISÃO DA LITERATURA

❖ METODOLOGIA

Cenário da Prática

A Clientela

❖ RESULTADO DOS OBJETIVOS PROPOSTOS

❖ CONCLUSÃO

❖ BIBLIOGRAFIA

❖ ANEXOS

OBJETIVOS

GERAL

Prestar cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos e familiares que procuram os serviços ambulatorial e de internação do Hospital Universitário (HU), visando a promoção do autocuidado, em um trabalho de co-participação multiprofissional.

ESPECÍFICOS

⇒ Co-participar dos cuidados de enfermagem aos clientes diabéticos que procuram a área B do ambulatório, a Clínica Médica Masculina II do HU e no domicílio a clientes e familiares selecionados;

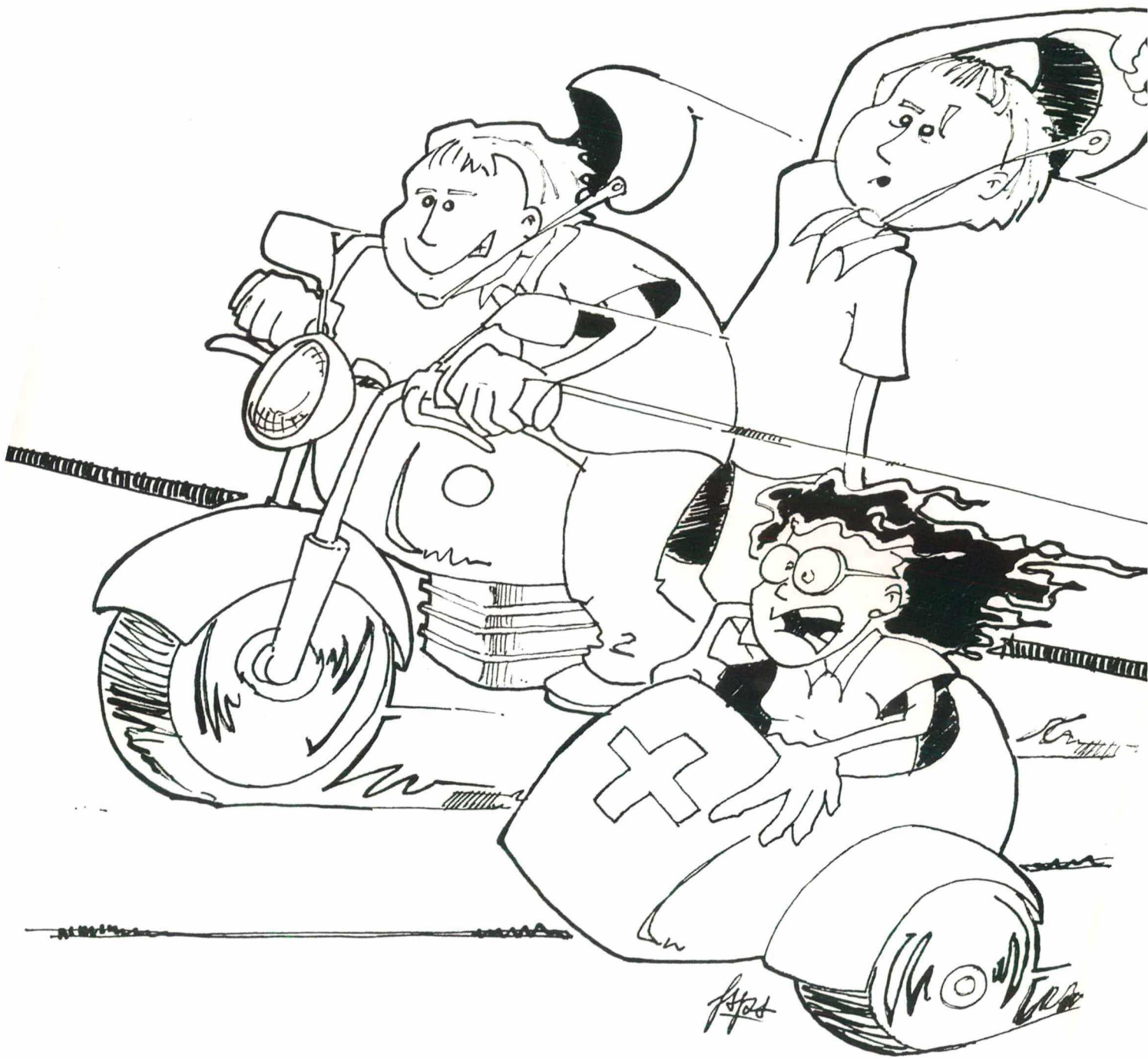
⇒ Promover ações educativas que visem o autocuidado do cliente diabético e sua família num trabalho de co-participação;

⇒ Realizar consultas de enfermagem à clientes portadores de DM em função da demanda a nível ambulatorial, utilizando a teoria do autocuidado como marco teórico;

⇒ Realizar visitas domiciliares (VD) para avaliar junto do cliente, família e comunidade, as potencialidades e limitações de implementação do autocuidado;

⇒ Aprofundar conhecimentos sobre a Teoria do Autocuidado e sobre o cuidado de enfermagem à clientes diabéticos;

⇒ Conhecer o PAM, e se possível a APAD (PR).



ANEXO 08

ARTIGO: RELATO DE EXPERIÊNCIA

APRENDENDO A ENFRENTAR OS DESAFIOS DE UMA COLÔNIA DE FÉRIAS PARA DIABÉTICOS:

Uma experiência com os alunos da graduação.

Alcinei José Fraga¹

Andréia Nunes da Silva¹

Valdenésio Küster¹

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha²

Resumo

Este trabalho é um relato de experiência vivida por acadêmicos de enfermagem em uma colônia de férias para jovens diabéticos insulino-dependentes, entre 7 e 17 anos. Tem como objetivo divulgar a vivência e demonstrar a importância da participação de alunos de graduação nesta atividade. Em um ambiente muito agradável os participantes tiveram a oportunidade de realizar uma convivência intensiva com clientes portadores de *Diabetes Mellitus*, onde estavam presentes profissionais e acadêmicos de várias áreas que acompanhavam o grupo, entre eles: médicos, enfermeira, nutricionista, psicólogas, assistente social e professoras de educação física, que trabalharam voluntariamente para o sucesso da Colônia de Férias para Diabéticos. A Colônia de Férias representou para os alunos um método eficaz de aprender e conviver com o processo de educação de diabéticos e profissionais de saúde. E ofereceu uma oportunidade de lazer e vida em comunidade com as crianças e adolescentes, além de possibilitar um melhor convívio com o diabetes.

Abstract: Enfermagem, Diabetes Mellitus, Colônia de Férias

I - CONSIDERAÇÕES INICIAIS

Este trabalho é um relato da nossa experiência como acadêmicos da última fase do Curso de Enfermagem da UFSC, na IIª Colônia de Férias para Crianças e Adolescentes Diabéticos, realizada no período de 05 a 08 de março de 1998, na sede do Serviço Social do Comércio (SESC), em Cacupé, Florianópolis - SC. Na qual participaram 23 jovens diabéticos insulino-dependentes, entre 7 e 17 anos, e com uma equipe multiprofissional, além de acadêmicos de várias áreas: medicina, enfermagem, psicologia, nutrição e educação física.

¹ Formandos do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, 1998/1.

² Professora Adjunto do Departamento de Enfermagem da UFSC e Doutora em Enfermagem. Orientadora dos alunos.

A Colônia de Férias para Diabéticos (CFD) na nossa percepção representa um método eficaz de aprendizado no processo de educação de clientes diabéticos e profissionais de saúde, pois oferece uma oportunidade de lazer e vida em comunidade além de adquirir, aumentar ou reciclar conhecimentos teóricos-práticos tão importantes para o adequado controle do DM. Além disso também têm contribuído para o aperfeiçoamento de profissionais ligados à área da diabetologia e uma nova forma de conviver com esta clientela.

Estas Colônias de Férias para diabéticos surgiram nos Estados Unidos, por volta de 1925, alguns anos após a introdução da insulina como forma de tratamento do DM. Isso porque se verificou que não bastava a administração desse hormônio para obtermos um controle satisfatório da doença. Devido a bons resultados educacionais, esta atividade difundiu-se dentro e fora deste país. No Brasil, as colônias de férias para diabéticos existem desde 1969 e têm proliferado em virtude do seu importante papel na vida do jovem diabético (Sertian, 1995).

Este trabalho será descrito através dos diferentes momentos vivenciados por nós durante o dia-a-dia da colônia de férias e tem como objetivo divulgar a vivência e demonstrar a importância da participação de alunos da graduação nesta atividade.

II - OS MOMENTOS DA COLÔNIA DE FÉRIAS

2.1 - ORGANIZANDO A COLÔNIA DE FÉRIAS

PRÉ - COLÔNIA: A organização da colônia foi realizada por uma Professora Mestra em Educação Física da UFSC, Denise Maria Martins, e pela Enfermeira Rita de Cássia Bruno Sandoval, membro de uma equipe multiprofissional de atendimento ao cliente diabético - GRUMAD, do Hospital Universitário, coordenadoras da Colônia de Férias, nas áreas de

recreação e enfermagem respectivamente, a qual convidaram os demais profissionais (Médicos, Enfermeiras, Nutricionistas, etc...).

A organização das Colônia de Férias para Diabéticos não obedece uma regra geral. No entanto, verificamos que a participação dos serviços prestados também estavam ligados à educação, em razão da necessidade de uma orientação precisa no que se refere ao tratamento do diabetes. O centro da atenção estava direcionado ao jovem diabético.

A arrecadação de fundos é uma condição necessária para a viabilização das CFD e a doação de medicamentos (insulinas variadas), materiais de aplicação, de controle metabólico e de outros itens foram fundamentais para a sua realização ao nosso ver.

NA COLÔNIA: Distribuídos em seis (06) cabanas, numa média de cinco (05) pessoas por cabana, de acordo com o sexo e a idade, para que fosse melhor a adaptação, sendo 3 ou 4 jovens DM, uma (01) recreacionista, um acadêmico de enfermagem e mais um (01) profissional da equipe multiprofissional que ficavam alojados junto, tanto por razões de segurança quanto para poderem trocar experiências de maneira mais intensa.

2.2 - Iniciando um novo dia - "O despertar"

Acordávamos por volta das 07:00h, e na maioria das vezes quem levantava primeiro era o pessoal da enfermagem chamando os demais. De qualquer maneira alguém sempre passava nas cabanas e dava um toque na porta avisando os horários (03:00h da madrugada e 07:00h da manhã). Após a higiene matinal, cada um era responsável por uma tarefa na organização de sua cabana e da limpeza da mesma. Camas feitas, banheiro limpo, lixo recolhido e louças lavadas eram tarefas que cada um assumia através de rodízios.

O ambiente da cabana era agradável e nos dividíamos em dois quartos, às vezes durante algumas refeições que eram realizados nas cabanas, como desjejum por exemplo,

assistíamos TV ou escutávamos músicas e aproveitávamos ainda estes momentos para conversar sobre o que gostavam de fazer, qual a música ou brincadeira predileta, além de esclarecer sobre as dúvidas a respeito do *Diabetes Mellitus*. As principais dúvidas que surgiram foram relativas às dosagens de insulina e tempo de duração de cada dose.

2.3 - Monitorando a glicemia

As glicemias eram feitas cinco vezes ao dia (07:30, 11:30, 17:30, 21:30 e às 03:00h), e permitiam a nós, acadêmicos, acompanhar os valores glicêmicos de cada jovem. Mesmo que não estivessem habituados a realizá-los em casa, nesta frequência, esse exames eram de fundamental importância durante a CFD em razão da profunda alteração que os participantes sofrem na sua rotina.

Observamos que os jovens eram independentes para o autocuidado, mesmo os pequeninos: realizavam sua glicemia capilar, preparavam e aplicavam sua própria insulina conforme esquema, com isso os jovens foram presenteados com uma caneta própria para aplicação de insulina, que foi doada por um dos patrocinadores. Nós supervisionávamos e auxiliávamos quando solicitados ou quando surgia alguma dúvida.

A princípio, a insulina era administrada da mesma maneira que vinha sendo feita em casa. No entanto, modificações eram geralmente necessárias para adaptar o jovem a nova situação que estava vivendo. Devido as atividades físicas, as dosagens eram reduzidas para prevenir crises de hipoglicemia.

No momento da aplicação de insulina procurávamos discutir com cada um o porquê de algumas condutas tomadas, como por exemplo, o de preferir a aplicação no abdômen por ser um local de fácil aplicação e absorção intermediária, com menos influência da prática de atividades físicas, como por exemplo o movimento na piscina.

Um controle adequado dos clientes diabéticos, é imprescindível, para que se tenha uma avaliação sistemática de seus níveis glicêmicos além de ser muito importante para o indivíduo diabético que pode entender a variação glicêmica do seu diabetes, em função das variações da dieta e da atividade física do seu dia-a-dia, podem assim através da anotação prévia dos resultados dos testes realizados adquirir autonomia para o manuseio da dose e do tipo de insulina indicada para cada situação (ação rápida ou intermediária).

2.4 - Desenvolvendo as atividades esportivas

Aconteciam no período da manhã e tarde. As atividades durante o dia obedeciam uma programação normal de acampamentos de férias, acrescida de características específicas do tratamento do diabetes.

Fazíamos caminhadas, jogávamos futebol, basquete, vôlei, em algum momento do dia geralmente após o almoço, procurava-se dar espaço também a atividades culturais, como participar de grupos de dança, artes plásticas e teatro, além de nadarmos todas às tardes. A natação era a atividade predileta e esperada por todos. Eram momentos de integração com o grupo e de descontração. No entanto, exigia de nós uma atenção redobrada, pois precisávamos estar atentos a qualquer sinal ou sintoma de hipoglicemia e estar preparados para intervir no que fosse preciso.

A atividade física é incentivada dentro e fora da colônia para os jovens diabéticos, em razão dos benefícios metabólicos e psicológicos que ela pode proporcionar, pois esta aumenta a sensibilidade do organismo à ação da insulina e advém uma diminuição da glicemia e também das necessidades de insulina (Vivolo e Ferreira apud Sertian, 1995).

Toda criança, adolescente ou adulto, diabético ou não, deve ter uma atividade física regular. Isto não só auxilia no equilíbrio emocional das pessoas, como também promove uma qualidade de vida muito melhor.

O cliente diabético, além disso, beneficia-se de exercícios físicos, diminuindo sua necessidade de insulina, já que, durante o exercício físico, fica facilitada a entrada de glicose nos músculos, poupando insulina (Sertian, 1995).

2.5 - Refazendo as energias

Geralmente nos reuníamos na churrasqueira e comíamos todos juntos a dieta programada pela nutrição, compartilhando com os outros experiências vivenciada no dia-a-dia da colônia. Além de discutirmos os diversos aspectos quanto à melhor forma do diabético se alimentar. Durante as refeições, uma pessoa da equipe nutricional comentava a razão para determinado tipo de alimento e as propriedades do mesmo. Por exemplo do arroz, rico em amido e que é uma forma de carboidrato complexo rico também em fibras e que deve ser um dos constituintes básicos da alimentação do diabético.

Era muito divertido, cada um trazia seu prato e talheres e era responsável pela higiene e conservação dos mesmos. Alguns fugiam da obrigação de lavar a sua louça, alegando ser coisa "de mulher" mas sempre eram encorajados a realizar a sua tarefa.

A dieta e o controle do peso constituem a base do tratamento do diabetes. A alimentação do diabético deve ser de forma saudável, ou seja, variada e que supra as necessidades nutricionais sem que favoreça o aumento do peso. Uma alimentação saudável deve fornecer todos os constituintes alimentares essenciais, como: vitaminas, sais minerais, etc; manter o peso ideal e atender as necessidades energéticas sem que favoreça uma variação acentuada da glicose sangüínea.

A dieta para o diabético deve ser baseada em alimentos ricos em fibras e amido, frutas e legumes, e deve ser livre de gorduras.

O cliente com DM deve procurar fazer suas refeições de maneira regular, ou seja, alimentar-se em pequena quantidade e em horários fixos pelo menos seis vezes ao dia, isto facilitará o controle da glicose sanguínea, evitando as hipoglicemias.

A ingesta calórica varia de cliente para cliente, dependendo das atividades físicas, massa corporal, entre outros aspectos.

2.6 - Festejando

As festas aconteciam todas às noites, com temas diferentes: Festa do Avesso - onde tínhamos que ir com toda a roupa do avesso; Festa dos Talentos - onde cada cabana apresentou um talento: Dança da vassoura, Dança do Boi-Bumbá, Dança Cigana, Um desfile transformista (O campeão em aplausos), Tributo a "Kelly Jones" e Declamação de poemas, Apresentação de jornal repórter e Música, bem diversificado e divertido; e a Festa do Hawaii que aconteceu na última noite e que foi a mais aproveitada por todos, entre frutas e refrescos, muitas danças e brincadeiras todos se divertiram muito.

Todos participavam, pois os eventos eram divertidos e sadios e geralmente terminavam cedo, com exceção da festa do Hawaii, que se estendeu um pouco mais na noite, mas as crianças, assim como os mais velhos que quisessem se recolher, um dos monitores ou um profissional ou acadêmico de enfermagem os acompanhavam até suas cabanas e lá permaneciam com eles.

2.7 - Educando

Diariamente ocorriam, reuniões educativas que visavam uma discussão coletiva sobre assuntos mais importantes para o dia-a-dia do diabético. Entre eles destacamos alguns como alimentação, atividade física, tipos de insulina, controles domiciliares e também as complicações.

Geralmente essas atividades aconteciam antes das refeições, quando todos estavam reunidos. Todos participavam e davam a sua contribuição. Também eram feitas em grupos menores como: durante as oficinas e nos grupos de cada cabana, que eram grupos ainda menores.

2.8 - Repousando

A maioria das pessoas tem um horário para dormir entre 22 horas e 1 hora da madrugada, e despertam entre 6 e 9 horas da manhã, perfazendo cerca de 8 horas de sono ininterrupto e 16 horas de vigília (Brunner, 1994).

Na colônia fazíamos uma jornada de mais ou menos 16 horas de vigília por 8 horas de sono, acordávamos as 7 horas da manhã e nos recolhíamos por volta das 22 horas. Durante a madrugada acordávamos às 03:00 horas para realizar a glicemia noturna, em todas as crianças e as observávamos dormindo, além de verificarmos os valores glicêmicos. Não foi raro, os mesmos apresentarem episódios de hipoglicemia durante a colônia de férias.

A hipoglicemia ocorre quando a glicose sangüínea cai abaixo de 50 a 60 mg/dl acompanhado de sintomatologia e melhora dos sintomas após ingestão de carboidratos. Pode ser causada por excesso de insulina, pouca alimentação ou atividade física excessiva, podendo ocorrer a qualquer hora do dia ou a noite. A hipoglicemia da madrugada pode ocorrer devido ao pico de ação das insulinas NPH ou lenta ao anoitecer, especialmente naqueles que não tenham feito um lanche na hora de dormir ou realizaram muita atividade física durante o dia (Brunner, 1994).

Levando em consideração o exposto acima e que durante a colônia de férias os participantes realizavam mais atividades físicas que rotineiramente, é reforçada a necessidade da realização do teste da glicemia capilar de madrugada para prevenir o aparecimento de

hipoglicemias severas neste período. Bem como para identificar alterações glicêmicas que possam contribuir no ajuste de dose para o dia seguinte.

2.9 - Compartilhando sentimentos

No período que participamos da II^a Colônia de Férias para Crianças e Jovens Diabéticos, foram muitas as emoções e sentimentos vivenciados. Em alguns momentos uma enorme alegria tomou conta de nós e ao mesmo tempo uma preocupação e apreensão relacionada a responsabilidade assumida para com os jovens, crianças e seus familiares, que nos confiaram a guarda de seus filhos.

Participar da colônia de férias para diabéticos, significou para os alunos da graduação em enfermagem um espaço para reflexão e debates sobre o controle, planejamento e implementação dos cuidados ao cliente diabético, buscando subsídios para uma prática assistencial de cunho educativo e reflexivo.

Aprimorando os conhecimentos na área do diabetes, através da troca de experiências tanto dos profissionais quanto dos participantes, ficando claro para nós que somente as informações técnico-científicas não são suficientes para promover mudanças de comportamento. Havendo necessidade de uma capacitação para o autocuidado, pois quando o indivíduo problematiza a sua realidade e reflete a respeito, pode buscar modos de modificá-la.

Serviu também para compreendermos nossos limites e potencialidades enquanto provedores do autocuidado ao cliente diabético. Nestes momentos aprendemos a tratar as hipoglicemias de forma imediata e a orientá-lo sobre como reconhecer os sinais e sintomas agindo imediatamente. Ficávamos um pouco apreensivos, porém era gratificante ver a melhora de cada criança ou jovem após a nossa intervenção.

Durante todo o transcorrer da colônia de férias o relacionamento entre os participantes e a equipe multiprofissional era o melhor possível, todos participavam das atividades

propostas, almoçavam juntos, a forma de comunicação era direta e objetiva sem as formalidades dos atendimentos institucionais. Conversavam de igual para igual, pensavam e refletiam em conjunto sobre o assunto num clima de cordialidade e companheirismo.

III - CONSIDERAÇÕES FINAIS:

Durante os quatro dias da colônia de férias tivemos a oportunidade de conviver e aprender de forma descontraída o processo de educação com diabéticos, visando o autocuidado.

O autocuidado representa a forma de despaternalizar a assistência, tornando-a participativa, na qual a equipe de saúde tem o papel de desenvolver as habilidades de autocuidado nos clientes, deixando-lhes o direito de decidir sobre a mudança de comportamento.

Afim de serem atingidos três objetivos fundamentais: Identificação de seus temores e ansiedades; Aquisição de hábitos de vida; Aprendizagem de habilidades.

Para se conseguir atingir estes objetivos a colônia de férias tem um papel muito importante pela integração que proporciona entre os participantes e a equipe multiprofissional. A colônia de férias para nós teve como objetivo ampliar os conhecimentos do cliente diabético e levá-lo à reflexão sobre sua prática de cuidado, priorizando a mudança de comportamento do mesmo diante de sua patologia, valorizando os componentes do seu meio.

Esta experiência de prática profissional, vivenciada por nós, com o cliente diabético, voltada para a metodologia do autocuidado, significou propor soluções para os problemas encontrados no seu dia-a-dia.

BIBLIOGRAFIA

BRUNNER & SUDDARTH. *Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgico*. 7 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan SA, 1994.

SERTIAN, N. et al. *Diabetes Mellitus na criança e no adolescente: encarando o desafio*. São Paulo: Sarvier, 1995.

CORAL, M. H. *Endocrinologia: Diabetes Mellitus – Tipo 2*. Santa Catarina: Associação Catarinense de Medicina, 1995. Cap.6, p. 154-156: Manual de Terapêutica Clínica Médica.

LEARNING TO FACE THE CHALLENGES OF A VACATION COLONY FOR DIABETICS: A EXPERIENCE WITH GRADUATION STUDENTS.

Abstract

This work relates the experience lived by nursing academics of a vacation colony for young diabetics, insulin dependents between 7 and 17 years old. It has as objective to disclose the experience and show the importance of the participation of the graduation students at this activity. In a pleasant environment, the participants had the opportunity to implement a intensive treatment in the clients with diabetes mellitus where professionals and academics of various areas were present, such us: physicians, nurses, nutritionists, psychologists, social attendants, physical educators, that worked voluntarily for the success of vacation colony.

The vacation colony represents for the students a efficient method to learn and live together with the process of educating the diabetics and health professionals. And it offered a opportunity of leisure and community life with the children and teenagers, besides possibilitating a better acquaintance with the diabetic.

Key words: Diabetes, Vacation Colony, Nursing

ANEXO 09

CERTIFICADOS




MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que ANDREIA NUNES DA SILVA
participou DA IIª COLONIA DE FÉRIAS P/CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIABÉTICAS SC
no período de 05/03/98 a 08/03/98, na qualidade de PARTICIPANTE

CES/HU


Florianópolis, (SC) 17 de março de 19 98

Reg. nº. 03

Livro nº. 003

Fls. nº. 26

carga horaria:90:00hs

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos
HU/UESC

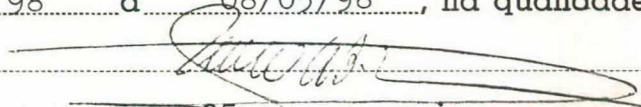
Visto



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que ANDRÉIA NUNES DA SILVA
participou DA IIIª JORNADA CIENTIFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFSC
no período de 05/05/98 a 08/05/98, na qualidade de PARTICIPANTE


Florianópolis, (SC) 05 de maio de 1998

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos
HU/UFSC

CES/HU
Reg. n.º 315
Livro n.º 003
Fls. n.º 035


Visto



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que ANDRÉIA NUNES DA SILVA
participou DA III JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
no período de 05/05/98 a 08/05/98, na qualidade de AUTORA DO TEMA:
APRENDENDO A ENFRENTAR OS DESAFIOS DE UMA COLÔNIA DE FÉRIAS PARA DIABÉTICOS: UMA EXPERIÊNCIA
COM OS ALUNOS DE GRADUAÇÃO

Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Florianópolis, (SC), 08 de maio de 19 98
Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos
HU/UFSC
PRESIDENTE DO CES/HU/UFSC

CES/HU
Reg. n.º 154
Livro n.º 003
Fls. n.º 032
J. C. M.
Visto



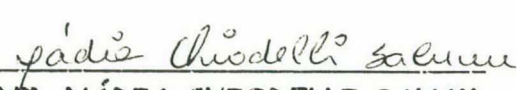
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO — TRINDADE — CAIXA POSTAL 476
CEP: 88010-970 — FLORIANÓPOLIS — SANTA CATARINA
TELEFONE: (048) 331-9000 — FAX: (048) 234-4069

CERTIFICAMOS QUE **ANDRÉIA NUNES DA SILVA**, MINISTROU
O TEMA : "**EDUCAÇÃO EM DIABETES**", NO DIA 05 DE MAIO DE 1998,
NA CLÍNICA MÉDICA FEMININA DESTA HOSPITAL, COM CARGA HORÁRIA DE
04 HORAS E 30 MINUTOS.

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1998.



PROF. BEATRIZ B. CAPELLA
DIRETORA DE ENFERMAGEM
HU - UFSC



ENF. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD.COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
EM SERVIÇO - HU - UFSC

CES/HU
REG. N.º 295
LIVRO N.º 001
FLS. N.º 14


VISTO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO — TRINDADE — CAIXA POSTAL 476
CEP: 88010-970 — FLORIANÓPOLIS — SANTA CATARINA
TELEFONE: (048) 331-9000 — FAX: (048) 234-4069

CERTIFICAMOS QUE **ANDRÉIA NUNES DA SILVA**, MINISTROU
O TEMA : "**EDUCAÇÃO EM DIABETES**", NO DIA 02 DE JUNHO DE 1998,
NA CLÍNICA MÉDICA MASCULINA DESTE HOSPITAL, COM CARGA HORÁRIA
DE **04 HORAS E 30 MINUTOS**.

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1998.

PROF. BEATRIZ B. CAPELLA
DIRETORA DE ENFERMAGEM
HU - UFSC

ENF. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
EM SERVIÇO - HU - UFSC

CES/HU
REQ. Nº. 298
LIV. Nº. 001
FLS. Nº. 14

VISTO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que ALCINEI JOSÉ FRAGA

participou DA IIª COLONIA DE FÉRIAS P/CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIABÉTICAS SC

no período de 05/03/98 a 08/03/98, na qualidade de PARTICIPANTE

CES/HU

Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Florianópolis (SC) 17 de março

de 19 98

Reg. n.º 01

Livro n.º 003

Fls. n.º 26

carga horaria: 74:00hs

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos

HU/UESC

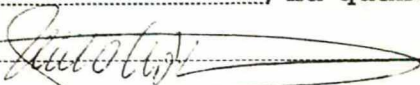
Visto



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que ALCINEI JOSÉ FRAGA
participou DA IIIª JORNADA CIENTIFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFSC
no período de 05/05/98 a 08/05/98, na qualidade de PARTICIPANTE


Florianópolis, (SC) 05 de maio de 19 98.

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos
HU/UFSC

CES/HU
Reg. n.º 317
Livro n.º 003
Fls. n.º 055

Nisto

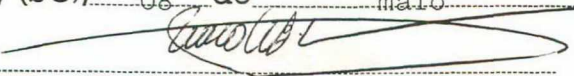


MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que ALCINEI JOSÉ FRAGA
participou DA III JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
no período de 05/05/98 a 08/05/98, na qualidade de AUTOR DO TEMA:
APRENDENDO A ENFRENTAR OS DESAFIOS DE UMA COLÔNIA DE FÉRIAS PARA DIABÉTICOS: UMA EXPERIÊNCIA
COM OS ALUNOS DA GRADUAÇÃO

Florianópolis, (SC), 08 de maio de 19 98


PRESIDENTE DO CES/HU/UESC
Prof. Paulo Cesar Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos
HU/UESC

CES/HU
Ex. n.º 199
Livro n.º 003
Fls. n.º 33



Vista



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO — TRINDADE — CAIXA POSTAL 476
CEP: 88010-970 — FLORIANÓPOLIS — SANTA CATARINA
TELEFONE: (048) 331-9000 — FAX: (048) 234-4069

CERTIFICAMOS QUE **ALCINEI JOSÉ FRAGA**, MINISTROU O
TEMA : "EDUCAÇÃO EM DIABETES", NO DIA 02 DE JUNHO DE 1998,
NA CLÍNICA MÉDICA MASCULINA DESTE HOSPITAL, COM CARGA HORÁRIA
DE **04 HORAS E 30 MINUTOS**.

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1998.

PROF. BEATRIZ B. CAPELLA
DIRETORA DE ENFERMAGEM
HU - UFSC

ENF. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
EM SERVIÇO - HU - UFSC

CES/HU
REG. N°. 299
LIVRO N°. 001
FLS. N°. 14

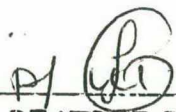
VISTO



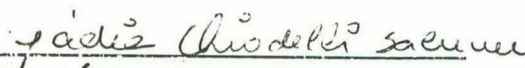
SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO — TRINDADE — CAIXA POSTAL 476
CEP: 88010-970 — FLORIANÓPOLIS — SANTA CATARINA
TELEFONE: (048) 331-9000 — FAX: (048) 234-4069

CERTIFICAMOS QUE **ALCINEI JOSÉ FRAGA**, MINISTROU O
TEMA : "EDUCAÇÃO EM DIABETES", NO DIA 05 DE MAIO DE 1998, NA
CLÍNICA MÉDICA FEMININA DESTE HOSPITAL, COM CARGA HORÁRIA DE 04
HORAS E 30 MINUTOS.

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1998.



PROF. BEATRIZ B. CAPELLA
DIRETORA DE ENFERMAGEM
HU - UFSC



ENF. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
EM SERVIÇO - HU - UFSC

CES/HU
REG. N°. 294
LIVRO N°. 001
FLS. N°. 14


VISTO



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que VALDENÉSIO KUSTER
participou DA IIª COLONIA DE FÉRIAS P/CRIANÇAS E ADOLESCENTES DIABÉTICAS SC
no período de 05/03/98 a 08/03/98, na qualidade de PARTICIPANTE

CES/HU

Florianópolis, (SC) 17 de março de 19 98

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos

HU/UFSC

Reg. n.º 39
Livro n.º 003
Fls. n.º 26

carga horaria: 76: horas

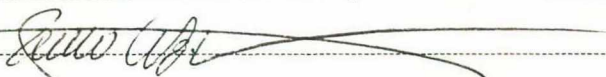
Visto



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que VALDENÉSIO KUSTER
participou DA IIIª JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO UFSC
no período de 05/05/98 a 08/05/98, na qualidade de PARTICIPANTE


Florianópolis, (SC) 05 de maio de 1998 CES/HU

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos
UFSC

Reg. n.º 96
Livro n.º 103
Fls. n.º 155

Visto



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CENTRO DE ESTUDOS

CERTIFICADO

Certificamos que VALDENÉSIO KUSTER
participou DA III JORNADA CIENTÍFICA DO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
no período de 05/05/98 a 08/05/98, na qualidade de AUTOR DO TEMA:
APRENDENDO A ENFRENTAR OS DESAFIOS DE UMA COLÔNIA DE FÉRIAS PARA DIABÉTICOS: UMA EXPERIÊNCIA
COM OS ALUNOS DA GRADUAÇÃO


Florianópolis, (SC), 08 de maio de 19 98

Prof. Paulo Cesar Trevisol Bittencourt
Presidente do Centro de Estudos
HU/UFSC
PRESIDENTE DO CES/HU/UFSC

CES/HU
Reg. n.º 153
Livro n.º 003
Fls. n.º 027
20m
Visto



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO — TRINDADE — CAIXA POSTAL 476
CEP: 88010-970 — FLORIANÓPOLIS — SANTA CATARINA
TELEFONE: (048) 331-9000 — FAX: (048) 234-4069

CERTIFICAMOS QUE **VALDENÉSIO KUSTER**, MINISTROU O
TEMA : "EDUCAÇÃO EM DIABETES", NO DIA 02 DE JUNHO DE 1998,
NA CLÍNICA MÉDICA MASCULINA DESTA HOSPITAL, COM CARGA HORÁRIA
DE 04 HORAS E 30 MINUTOS.

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1998.

PROF. BEATRIZ B. CAPELLA
DIRETORA DE ENFERMAGEM
HU - UFSC

ENF. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
EM SERVIÇO - HU - UFSC

CES/HU
REG. Nº. 297
LIVRO Nº. 001
FLS. Nº. 14

VISTO



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CAMPUS UNIVERSITÁRIO — TRINDADE — CAIXA POSTAL 476
CEP: 88010-970 — FLORIANÓPOLIS — SANTA CATARINA
TELEFONE: (048) 331-9000 — FAX: (048) 234-4069

CERTIFICAMOS QUE **VALDENÉSIO KUSTER**, MINISTROU O
TEMA : "EDUCAÇÃO EM DIABETES", NO DIA 05 DE MAIO DE 1998, NA
CLÍNICA MÉDICA FEMININA DESTE HOSPITAL, COM CARGA HORÁRIA DE 04
HORAS E 30 MINUTOS.

FLORIANÓPOLIS, JULHO DE 1998.

Pf. (B)

PROF. BEATRIZ B. CAPELLA
DIRETORA DE ENFERMAGEM
HU - UFSC

Nádia Chiodelli Salum

ENF. NÁDIA CHIODELLI SALUM
COORD. COMISSÃO DE EDUCAÇÃO
EM SERVIÇO - HU - UFSC

CES/HU
REG. Nº. 296
LIVRO Nº. 001
FLS. Nº. 14
Paula
VISTO

Salvador, 18 de junho de 1998.



Ilmo(a) Sr(a).

Maria Tereza Coelho de S. Padilha

Prezado(a) Senhor(a),

Temos o prazer de informar que o seu trabalho intitulado *Aprendendo a Enfrentar os Desafios de uma Estadia de Férias para Diabéticos - Uma Experiência com os Alunos da Graduação.* foi aprovado para apresentação no 50º CBEn.

Comunicamos que a data de postagem para envio do trabalho na íntegra foi prorrogada (de forma definitiva) para o dia 13/07/98.

Aguarde posterior comunicação para confirmação da forma, local e horário de apresentação do trabalho.

Cordiais Saudações.

Stella

Stella Maria P. F. de Barros
Coordenadora da Sub-Comissão de Temas do 50º CBEn



PROMOÇÃO:
ABEn Nacional

REALIZAÇÃO:
ABEn Seção-Bahia

SECRETARIA/ORGANIZAÇÃO:

INTERLINK CONSULTORIA & EVENTOS LTD.

Rua Teixeira Léal, 107-A, Graça
CEP 40.150-050, Salvador, Bahia, Brasil
Tel.: (5571) 336-5644 (Busca Automática)
Fax: (5571) 336-5633
e-mail: interlink@e-net.com.br

ANEXO 10

CRONOGRAMA

CRONOGRAMA

DATA/HORA	ATIVIDADE	LOCAL
25/MARÇO/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	Conhecer o campo de estágio Apresentar os objetivos no ambulatório Elaborar roteiros (CE)	UI Área B
26/03/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50	Apresentar os objetivos na UI Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional	UI Área B
27/03/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50	Observar e fazer anotações das rotinas de atendimento do campo Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
30/03/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
31/03/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
01/ABRIL/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	Planejamento da atividade educativa Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
02/04/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	UI Área B
03/04/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
06/04/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família ATIVIDADE EDUCATIVA I	Área B
07/04/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50	DIA MUNDIAL DA SAÚDE/ATIVIDADE EDUCATIVA II Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
08/04/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	VISITA DOMICILAR I Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B

<p>09/04/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Reunião com a Orientadora Elaborar roteiro para VD</p>	<p>UI Área B</p>
<p>10/04/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>FERIADO</p>	
<p>13/04/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família</p>	<p>Área B</p>
<p>14/04/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família</p>	<p>UI Área B</p>
<p>15/04/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>Planejamento da atividade educativa Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família</p>	<p>Área B</p>
<p>16/04/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Marcar retorno para consulta de enfermagem</p>	<p>UI Área B</p>
<p>17/04/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família</p>	<p>Área B</p>
<p>20/04/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>FERIADO</p>	
<p>21/04/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>FERIADO</p>	
<p>22/04/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Contactar com algumas associações de DM – Florianópolis/PR</p>	<p>Área B</p>
<p>23/04/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50</p>	<p>Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família</p>	<p>UI Área B</p>

24/04/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
27/04/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Selecionar clientes para VD ATIVIDADE EDUCATIVA III	Área B
28/04/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
29/04/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Selecionar clientes para VD Marcar retorno para consulta de enfermagem	Área B
30/04/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	UI Área B
01/MAIO/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50	FERIADO	
04/05/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Coletar dados no prontuário (S/N)	Área B
05/05/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50	ATIVIDADE EDUCATIVA IV	Alocar
06/05/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	VISITA DOMICILAR II Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
07/05/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	UI Área B
08/05/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Orientação na UICMF com a nutricionista do andar.	Área B

11/05/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
12/05/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
13/05/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	VISITA DOMICILAR III Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
14/05/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	UI Área B
15/05/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Marcar retorno para consulta de enfermagem	Área B
18/05/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50	ATIVIDADE EDUCATIVA V Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Marcar retorno para consulta de enfermagem	Área B
19/05/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
20/05/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
21/05/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Marcar retorno para consulta de enfermagem VISITA DOMICILIAR IV	UI Área B
22/05/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Planejamento da atividade educativa Marcar retorno para consulta de enfermagem Visita a associações de DM*	Área B

25/05/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família Marcar retorno para consulta de enfermagem	Área B
26/05/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidado de enfermagem ao cliente/família	Área B
27/05/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	VISITA DOMICILAR V Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
28/05/98 <i>Quinta-feira</i> 07:30 - 11:50	Acompanhar a visita na UI junto com a equipe multiprofissional Acompanhar e/ou Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	UI Área B
29/05/98 <i>Sexta-feira</i> 07:30 - 11:50	Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
01/JUNHO/98 <i>Segunda-feira</i> 07:30 - 11:50	VISITA DOMICILIAR VI Realizar consulta de enfermagem Orientar o cliente/família sobre os cuidados com DM Co-participar dos cuidados de enfermagem ao cliente/família	Área B
02/06/98 <i>Terça-feira</i> 07:30 - 11:50	ATIVIDADE EDUCATIVA VI ENCERRAMENTO NA UI	Alocar
03/06/98 <i>Quarta-feira</i> 07:30 - 11:50	VISITA DOMICILIAR VII ENCERRAMENTO NO AMBULATÓRIO	Área B

Obs: Cronograma sujeito a alterações no decorrer do estágio

* A visita ao Programa de Diabéticos da Policlínica de Referência Regional / PAM, foi realizada no dia 09/06/98.

ATIVIDADES REALIZADAS

ESTÁGIO: _____
NOME: _____

MARÇO	
25	
26	
27	
30	
31	
ABRIL	
01	
02	
03	
06	
07	
08	

09	
13	
14	
15	
16	
17	
22	
23	
24	
27	
28	
29	
30	
MAIO	
04	

05	
06	
07	
08	
11	
12	
13	
14	
15	
18	
19	
20	
21	
22	

25	
26	
27	
28	
29	
JUNHO	
01	
02	
03	