

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM PROGRAMA
DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À NÍVEL
AMBULATORIAL À PACIENTES PORTADORES DE
DOENÇAS CRÔNICAS (H.A.S./D.M.) FUNDA-
MENTADA NA TEORIA DE IMÓGENE KING.*

ADRIANA FARIA DE OLIVEIRA

CARLA LEÃO CORREIA

PALMIRA MOMM

RONALDO PERFOLL

N.Cham. TCC UFSC ENF 0171
Título: Proposta de implantação de um
programa de assistência de enfermagem à



972523658 Ac. 241050

Ex.1 UFSC BSCGSM CCSM

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0171
Ex.1

Curso de Graduação em Enfermagem - Ensino Integrado

VIII^a Unidade Curricular-- INT 1108

Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann

Supervisora: Jane Maria Veiga

Florianópolis, Agosto de 1990.

Olhar é uma coisa.

Ver o que se olha é outra coisa.

Compreender o que se vê é uma terceira
coisa.

Aprender do que se compreende é algo
diferente ...

Porém agir de acordo com o que se
aprende é o que realmente interessa!

W.A. HORTA

AGRADECIMENTOS

Agradecemos à Doutora, enfermeira e orientadora Alacoque Lorenzini Erdmann, que, com seu saber, dedicação e disponibilidade muito contribuiu para a elaboração deste planejamento.

À Enfermeira e professora Diva Fiorini, pela valorosa contribuição.

À Enfermeira e supervisora Jane Maria Veiga, pela receptividade e atenção especial a nós dedicada.

Ao administrador Ermenegildo Meurer, pela importante contribuição na coleta de dados para execução de parte deste trabalho.

Aos demais servidores do PAM-Estreito, que de uma forma direta e/ou indireta contribuíram para a realização deste planejamento.

SUMÁRIO

PÁG.

1 - INTRODUÇÃO	5
2 - CARACTERÍSTICA DO CAMPO DE ESTÁGIO	8
3 - REFERENCIAL TEÓRICO	10
4 - REVISÃO DE LITERATURA	26
4.1 - Paciente Portador de Doença Crônica (D.C.)	26
4.2 - Paciente Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.)	27
4.3 - Paciente Portador de Diabetes Mellitus (D.M.)	31
4.4 - Assistência de Enfermagem ao Paciente Crônico à Nível Ambulatorial	35
5 - PROPOSTA DE ATUAÇÃO	37
5.1 - Objetivo Geral	37
5.2 - Objetivos Específicos	37
5.3 - Operacionalização	38
6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
7 - BIBLIOGRAFIA	43

ANEXOS

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um projeto elaborado pelos acadêmicos de Enfermagem: Adriana F. de Oliveira, Carla Leão Correia, Palmira Momm e Ronaldo Perfoli, para atender aos objetivos da VIII^a Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (U.F.S.C.), intitulado como "Enfermagem Assistencial Aplicada". Tais objetivos são: identificar as condições de saúde de indivíduos e/ou grupos; planejar, executar e avaliar a assistência de enfermagem requerida pelo indivíduo e/ou grupos, a nível intra e/ou extra institucional; identificar os conhecimentos teórico-práticos na prestação de assistência a indivíduos e/ou grupos, interrelacionando os fatores físicos e psíquicos, ambientais e sócio-culturais; desenvolver habilidade para assegurar a qualidade da assistência de enfermagem prestada, consciente de que os serviços de educação e saúde são mantidos pela sociedade; desenvolver e manifestar atitudes coerentes com as normas éticas emanadas do Código de Deontologia da Enfermagem. Temos como orientadora, a professora e Doutora em Enfermagem Alacoque Lorenzini Erdmann e supervisionado pela enfermeira Jane Maria Veiga (Chefe do Serviço de Enfermagem no Posto de Assistência Médica do Estreito).

O projeto será executado no Posto de Assistência Médica (P.A.M.) do Estreito, no período matutino e vespertino.

A carga horária compreenderá um total de 300 horas, sendo que 80 horas são destinadas ao planejamento (01 a 17/08/90), 220 horas para estágio prático de 04 horas diárias por aluno. O relatório será apresentado de 03 a 05/12/90, conforme cronograma (Anexo 1).

A escolha do tema deve-se primeiramente, ao fato de que um dos componentes deste grupo de acadêmicos de Enfermagem, atuante no setor de emergência de um hospital próximo ao P.A.M. - Estreito, ter constatado no transcorrer de seu dia-a-dia de trabalho uma incidência acentuada de pacientes crônicos (principalmente diabéticos e hipertensos) que retornavam frequentemente ao setor de emergência daquele hospital apresentando os mais variados graus de descompensação. E, ao serem interpelados informalmente deixavam transparecer pobreza significativa de informações em relação a doença crônica de que eram portadores.

Foi então que despertou o interesse, inicialmente em uma das acadêmicas, e posteriormente em todo o grupo em trabalhar com esses pacientes crônicos.

Em relação ao campo de estágio, a escolha deu-se a partir de uma sugestão dada, pela Enfermeira Diva Fiorini (Professora de Enfermagem em Saúde Pública da U.F.S.C.) e, aceita de comum acordo por todo o grupo.

Nossa proposta visa implantar um programa de assistência sistematizada de enfermagem, por nós elaborado, a pacientes portadores de doenças crônicas (Diabéticos/Hipertensos) e/ou sua família à nível ambulatorial por entender que esses indivíduos necessitam de assistência prolongada, voltada para as reais necessidades individuais, visando o seu equilíbrio interno e externo, conseqüentemente melhor desempenho de seus papéis.

Para elaboração desta proposta, optamos por alguns conceitos da "Teoria do Alcance dos Objetivos" de Imogene King (1971), que é derivada do sistema interpessoal. Nesta, através da interação, o enfermeiro e o cliente estabelecem objetivos mútuos, exploram estratégias e concordam sobre os meios que utilizarão para atingí-los.

Para tanto, será necessário que o indivíduo durante a consulta de enfermagem, esteja consciente e em condições de se comunicar, ou então que esteja acompanhado, a fim de poder explicitar suas percepções, problemas ou preocupações e expectativas de maneira que, se possa estabelecer objetivos e determinar os meios para alcançá-los.

Fez-se um reconhecimento da possível demanda, bem como, do interesse das enfermeiras da instituição de implantar este programa.

Segundo o art. 196 da Constituição da República Federativa do Brasil (promulgada em 05/10/88), "A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantida mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação."

Vivenciar a experiência de implantar uma sistemática de assistência de enfermagem a nível ambulatorial é algo novo para nós, e também gratificante.

2 - CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE ESTÁGIO

O Posto de Assistência Médica (P.A.M.) do Estreito é um órgão público federal que funciona em prédio próprio do I.N.A.M.P.S., situado à rua Heitor Blum, s/nº. Ocupa uma área física de 2.650,90m², tendo sido inaugurado em 15/12/77. Entretanto, devido a carência de servidores, o posto iniciou suas atividades gradativamente após 18/09/78.

Essa instituição de saúde apresenta organograma próprio que representa graficamente os diferentes departamentos administrativos hierárquicos conforme Anexo 2.

Em 1989 foram prestados cerca de 156.050 atendimentos e, em julho de 1990 foram prestados 13.235 atendimentos nas diferentes especialidades oferecidas à população pelo referido posto conforme consta no Anexo 3.

Atualmente o P.A.M. - Estreito conta com 123 servidores em seu quadro funcional, sendo que o número dos mesmos por categorias funcionais encontram-se no Anexo 4.

Este posto presta assistência nas seguintes especialidades:

- | | |
|----------------------------|----------------------|
| - Clínica Médica; | - Patologia Clínica; |
| - Clínica Cirúrgica Geral; | - Radiologia; |
| - Ginecologia/Obstetrícia; | - Odontologia; |
| - Pediatria; | - Cardiologia; |

- Dermatologia;
- Endocrinologia;
- Otorrino;
- Assistencial Social;
- Farmacêutica;
- Enfermagem.

Como podemos observar o referido P.A.M., possui uma equipe multiprofissional para prestar assistência à nível ambulatorial à comunidade dos diversos bairros que o circunvizinha, ou seja, Estreito, Coqueiros, Capoeiras, Vila São João, Fátima, Jardim Atlântico, Barreiros, Bela Vista, Ipiranga e também a comunidade do município de Biguaçu.

Apesar do P.A.M. - Estreito ser de propriedade do Ministério da Previdência e Assistência Social (M.P.A.S./I.N.A.M.P.S.) atualmente está sendo administrado pela Secretaria da Saúde de Santa Catarina. Isto ocorreu devido a inclusão deste posto no Sistema Único de Saúde (S.U.S.).

3 - REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 - Introdução.

Optamos pela escolha de alguns conceitos da Teoria de Imogene King para realizarmos este trabalho. Pois acreditamos que tais conceitos são os que mais se adaptam à assistência ao indivíduo com problemas crônicos.

Para melhor compreensão deste trabalho faremos uma síntese da Teoria de King enfocando os sistemas de Interação.

A teoria do alcance dos objetivos originou-se da teoria dos sistemas abertos. King apresenta três sistemas dinâmicos que interagem em uma estrutura de sistemas abertos para a enfermagem. Esta estrutura pode-se resumir da seguinte maneira:

"Os indivíduos integram um tipo de sistema no meio ambiente chamado sistema pessoal. Os indivíduos interagem para formar díades, tríades, pequenos e grandes grupos os quais constituem outro tipo de sistema interpessoal. Os grupos com interesses especiais e necessidades formam organizações, os quais formam comunidades e sociedades que se chamam sistemas sociais. A figura 1.1 mostra uma estrutura de interação dinâmica na organização de sistemas abertos" (King, 1971/citado por Bitencourt & Domingues, 1987).

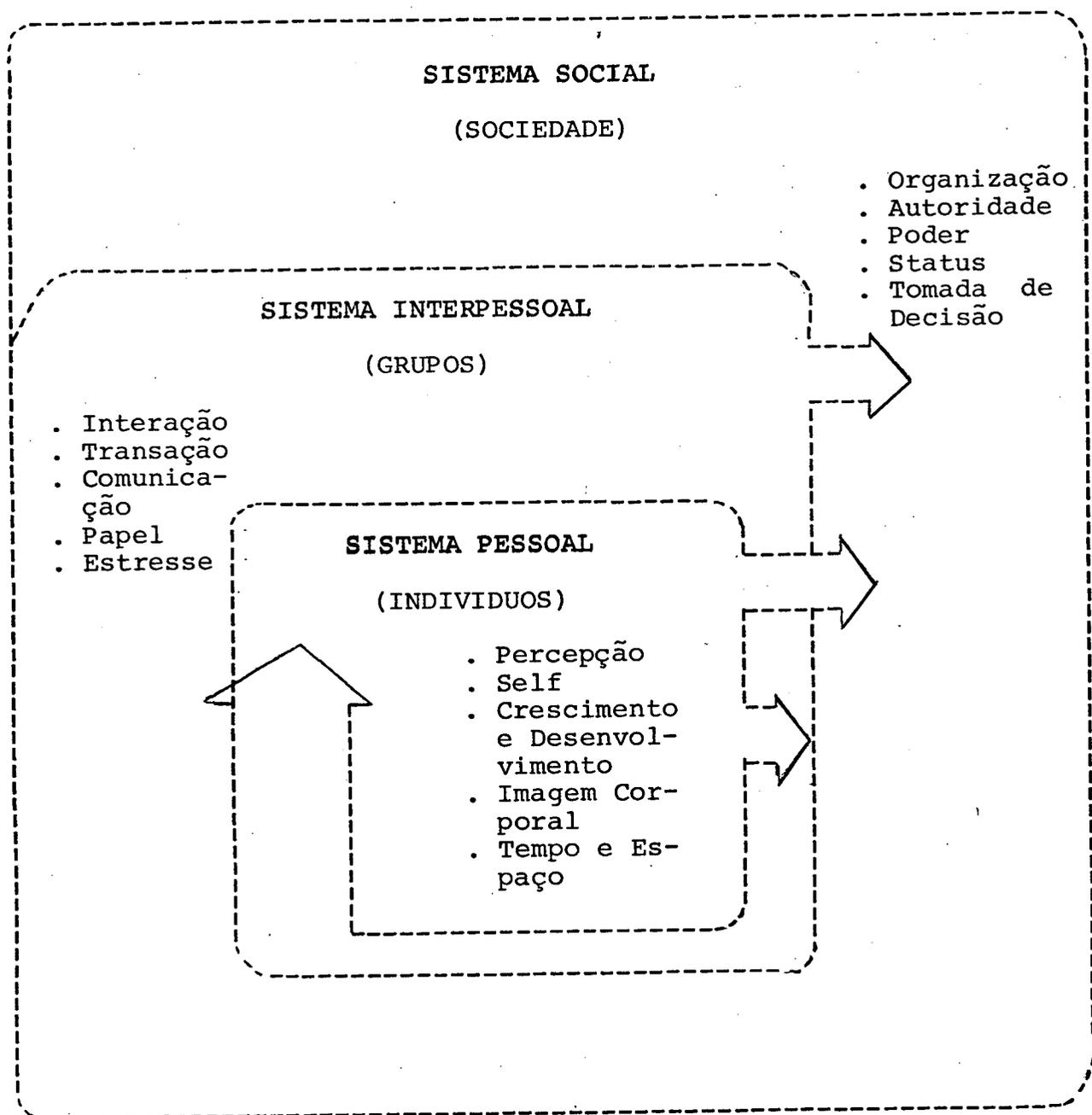


Fig. 1.1 - Uma armação conceitual do trabalho de enfermagem:
Sistemas dinâmicos de interação de I. King, 1981, p.
11 e adaptado pela Dra. Eloita Pereira Neves.

"Embora os sistema pessoal e social influenciarem na qualidade do cuidado os maiores elementos da teoria estão nas relações interpessoais pelas quais indivíduos, geralmente estranhos, estão face-a-face em uma instituição de saúde para ajudar e ser ajudado no sentido de manter um estado de saúde que permita-os funcionar nos seus papéis" (citado por Bitencort & Domingues,

1987).

Processo de Interação Humana.

Os seres humanos continuamente estão interagindo com outros seres humanos e objetos em seu meio ambiente. À medida que aumenta o número de indivíduos, a complexidade das interações também aumenta. Se identificam e se descrevem alguns conceitos que são essenciais para a compreensão de duas ou mais pessoas que interagem numa situação concreta, estes são: interação, comunicação, transação, papel e estresse.

As enfermeiras e os indivíduos com problemas crônicos são seres humanos que interagem nos hospitais, nos ambulatórios, nas residências, em situações específicas.

A conduta dos indivíduos tem sido descrita como atos humanos, que são interpretados como ações. A observação destes indica que as percepções e as opiniões dos indivíduos estão implícitas em cada tipo de interação. Dado que percepções, opiniões, processos mentais e reações não são observados diretamente, haja visto que cada indivíduo pensa e percebe de uma forma particular, faz-se necessário verificar junto ao indivíduo a exatidão da percepção de ambos, através da interação.

Interação está definida como um processo de percepção e comunicação entre pessoa e meio ambiente e pessoa-pessoa, manifestado por condutas verbais e não-verbais que estão orientadas para o alcance dos objetivos.

Nas interações pessoa-pessoa cada indivíduo tem diferentes conhecimentos, necessidades, objetivos, experiências passadas e percepções, as quais influem nas interações.

A interação da Enfermeira e o indivíduo com problema crônico é mostrada na fig. 1.2. Quando dois indivíduos se reúnem para um propósito, tal como acontece numa situação de Enfermagem, eles estão percebendo a outra pessoa e a situação, estão emitindo juízos, concebendo mentalmente um curso de ação, e tomando uma decisão para proceder e atuar. Estes indivíduos reagem um diante do outro e diante da situação. Todas essas condutas não são diretamente observáveis, só se fazem interferências a cerca do que cada pessoa está percebendo ou pensando. A exatidão na percepção dependerá da verificação das interferências com o indivíduo.

Percepção.

A percepção se define como a representação da realidade que tem cada pessoa. É o mundo de experiências subjetivas de cada pessoa. É ter consciência de pessoas, objetos e eventos, e implica os seguintes elementos:

- 1) Obtenção de energia do meio ambiente, organizado;
- 2) Transformação desta energia;
- 3) Processamento da informação;
- 4) Armazenamento da informação;
- 5) Efeito da informação em forma de condutas manifestadas.

As percepções de cada um estão relacionadas com experiências passadas, com o conceito do EU, com os grupos sócio-econômicos, a herança biológica e os antecedentes educativos.

Comunicação.

A comunicação é um processo mediante o qual a informação passa de uma pessoa a outra de maneira direta em reuniões pessoais ou indiretamente através do telefone, televisão, ou a pa-

lavra escrita. A comunicação é o componente de informação das interações, se transmite de outras maneiras entre enfermeiros e indivíduos, enfermeiras e família, e enfermeiras e outros profissionais. A comunicação estabelece uma relação recíproca entre os que proporcionam cuidado e os que o recebem.

É um meio pelo qual se dá informações em situações específicas de Enfermagem para identificar interesses ou problemas e para compartilhar informações que ajudem os indivíduos a tomar decisões encaminhadas para o alcance dos objetivos no meio ambiente.

A conduta humana que relaciona uma pessoa com a outra e a pessoa com o meio ambiente é a comunicação. Este meio se usa para compartilhar informações e idéias que são signos e símbolos verbais e não-verbais mediante os quais os indivíduos também expressam suas metas.

Transação.

A transação é a conduta observável de seres humanos que interagem com o seu meio ambiente, As transações são consideradas como componentes de valorização de interações humanas. Se as enfermeiras e os indivíduos fazem transações nas situações de Enfermagem, eles se comunicam para poder trocar seus pontos de vista relativos à situação. Isto requer tratos, acordos e intercâmbio social. Quando as enfermeiras e os indivíduos compartilham seu marco de referência acerca de eventos atuais, identificam denominadores comuns mediante os quais podem fixar metas mútuas. Quando as transações são feitas em coordenação enfermeiras e indivíduos, se alcançam as metas. As expectativas e desempenho do papel tanto do enfermeiro como do indivíduo influem nas transações.

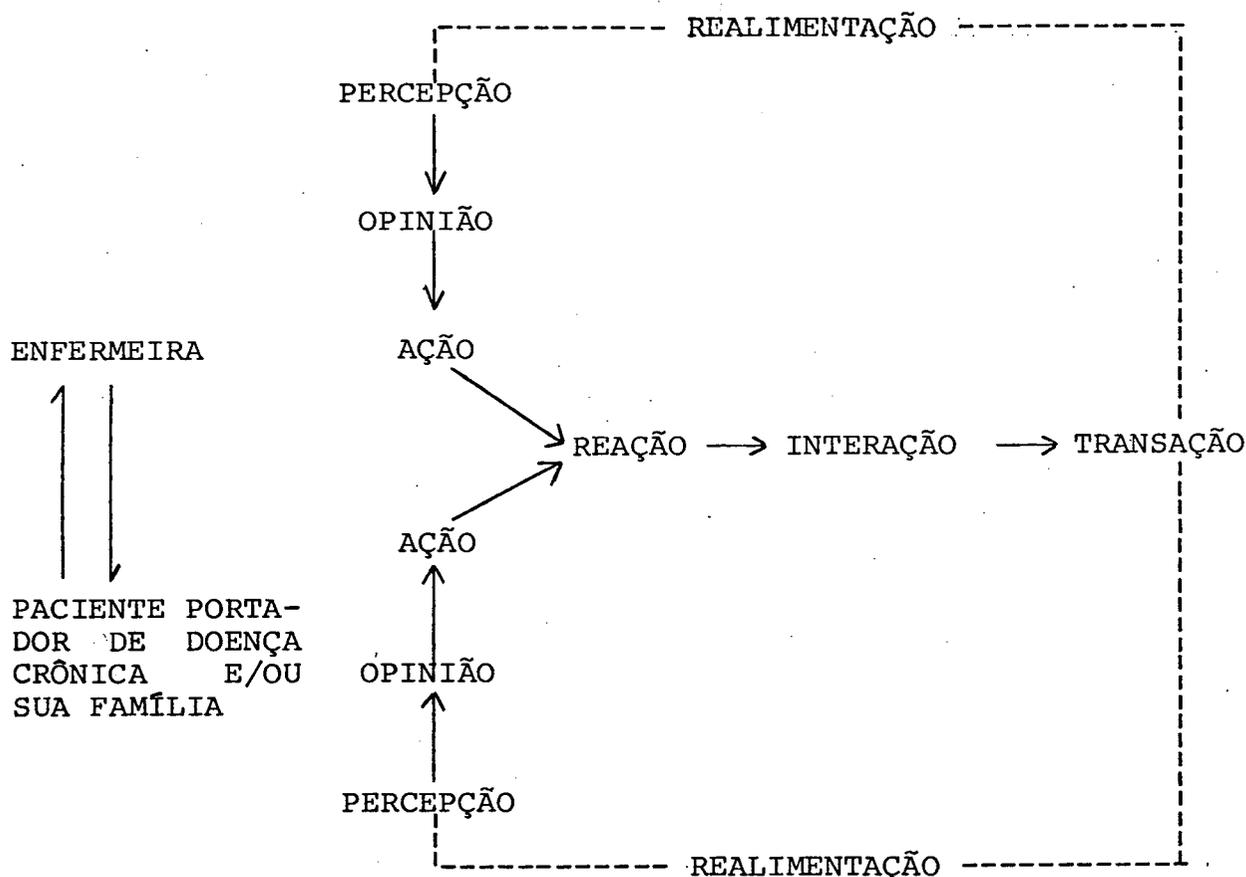


Fig. 1.2 - "Um processo de interação humana" segundo I. King, 1981. p. 145 e adaptada para o presente trabalho.

2.2 - Pressuposições Básicas.

2.2.1 - Explícitas.

- Os indivíduos são seres sociais, com sentimentos, racionais, perceptivos, reativos, controladores, com propósitos e orientados para a ação e no tempo.

- O processo de interação é influenciado pelas percepções, objetivos, necessidades e valores tanto do indivíduo quanto do enfermeiro.

- É responsabilidade do pessoal de saúde informar os indivíduos de todos os aspectos do cuidado à saúde para ajudá-los a tomar decisões conscientes.

- Pode haver incongruências entre os objetivos dos fornecedores de cuidado e os receptores. As pessoas tem o direito tanto de aceitar quanto de rejeitar qualquer aspecto do cuidado à saúde.

2.2.2 - Implícitos.

- Os pacientes querem participar ativamente no processo de cuidado.

- Os pacientes são conscientes, ativa e cognitivamente capazes de participar na tomada de decisões.

- Os indivíduos com problemas crônicas e suas famílias são capazes de participar na tomada de decisões no processo de transição ambulatorio/casa.

- Os seres humanos tem direito, tanto de aceitar quanto de rejeitar qualquer aspecto do cuidado à sua saúde.

2.3 - Descrição dos Conceitos.

2.3.1 - Enfermagem.

A Enfermagem é definida como um processo dinâmico de ação, reação e interação, no qual o enfermeiro e o cliente compartilham informação acerca de suas percepções na situação de Enfermagem. Através desta comunicação identificam as metas, os problemas e interesses específicos (King, 1984. p. 14/citado por Bitencourt & Domingues, 1987).

O enfermeiro está em posição para identificar e avaliar a percepção dos clientes, bem como, interagir com os indivíduos para solução de problemas específicos de saúde. Para isso o enfermeiro dispõe de três instrumentos básicos, que são: a) obser-

vação; b) comunicação; c) relacionamento interpessoal.

Uma Situação de Enfermagem representa o ambiente imediato, de realidade espacial e temporal, na qual Enfermeiro e cliente estabelecem uma relação para enfrentar os diferentes estados de saúde e ajustar-se a mudanças nas atividades diárias se a situação exigir ajustamento.

A situação de Enfermagem, no presente trabalho, representa o período em que o indivíduo com problemas crônicos tem a necessidade de obter informações de enfermagem sobre os seus diferentes estados de saúde e doença

2.3.2 - Saúde.

A saúde é um processo de crescimento e desenvolvimento humano que nem sempre transcorre tranqüilo e sem conflitos (King, 1984, p. 16/citado por Bitencourt & Domingues, 1987).

A saúde, experiência dinâmica da vida implica no ajustamento contínuo aos estresses no ambiente interno e externo do indivíduo, através da ótima utilização dos seus recursos para atingir o potencial máximo de sobrevivência que o possibilite funcionar nos seus papéis (King, 1984, p. 17/citado por Bitencourt & Domingues, 1987).

O indivíduo com problema crônico pode ser saudável desde que consiga desempenhar seus papéis, isto é, manter um equilíbrio com o seu meio interno (biológico e psicológico) e com o meio externo.

2.3.3 - Doença.

A doença se define como um desvio do normal, isto é, um desequilíbrio na estrutura biológica de uma pessoa ou na sua es-

trura psicológica, ou um conflito nas suas relações sociais (King, 1984, p. 5/citado por Bitencourt & Domingues, 1987).

Adaptando este conceito ao indivíduo com problema crônico, poderíamos dizer que este estaria doente quando não conseguisse desempenhar seus papéis (de pai, mãe, marido, esposa, arrimo, filho etc.) em função de que os agentes estressores fossem maiores do que a sua capacidade de ajustar-se.

2.3.4 - Papel.

Um conceito de papel requer comunicação de indivíduos que tenham propósitos. Neste sentido, no desempenho das funções o papel é dinâmico e muda de situação para situação. Há um elemento de reciprocidade, onde uma pessoa é provedora em uns momentos e receptora em outros.

O papel é apreendido para funcionar em uma série de situações sociais, e é complexo dentro da sociedade (Sistema Social).

Todo ser humano (Enfermeiro, família e indivíduo com problemas crônicos) desempenham papéis.

O papel do Enfermeiro pode ser definido como uma interação com um ou mais indivíduos que se encontram em uma situação de Enfermagem na qual os Enfermeiros desempenham funções de Enfermagem profissional, baseado em conhecimentos, habilidades e valores próprios. Os Enfermeiros usam esses conhecimentos, habilidades e valores para identificar objetivos e para ajudar os indivíduos a alcançarem esses objetivos.

Neste trabalho definimos o papel da Enfermagem como uma interação com um ou mais indivíduos com problemas crônicos e seus familiares, que juntos pensam, sentem, percebem, são capazes de

escolher entre ações alternativas, de definir objetivos, selecionar meios para atingi-los e tomar decisões numa dada situação de Enfermagem.

2.3.5 - Ser humano.

Ser racional, sensível, social, percebendo, pensando, sentindo, capaz de escolher entre ações alternativas, capaz de definir objetivos, selecionar meios para atingir objetivos, tomar decisões, e ter um meio simbólico de comunicar pensamentos, ações, costumes e crenças. É orientado no tempo.

Os seres humanos podem refletir sobre o passado, especular acerca do futuro e expressar suas idéias verbalmente e por escrito (King, 1984, p. 38/Citado por Bitencourt & Domingues, 1987).

O indivíduo é um sistema aberto interagindo com o meio ambiente, havendo troca de matéria, energia, informação entre eles. O ser humano está em interação com os sistemas interpessoal e social (King, 1984, p. 69/citado por Bitencourt e Domingues, 1987).

2.3.6 - Self.

O conhecimento do self é chave para compreender o comportamento humano, porque o self é a forma como EU me defino a mim mesma e a outros.

SELF - é tudo o que EU sou. EU sou uma pessoa total. É o que penso de mim e o que sou capaz de fazer e ser. É subjetivo no sentido de que é o que EU penso, que EU deveria ser ou gostaria de ser.

Definição - O SELF é o conjunto de pensamentos e sentimentos que constituem a consciência de uma pessoa de sua própria existência individual, sua concepção de quem ele é e o que ele é. O SELF de uma pessoa é a soma total de tudo que ela pode dizer que é seu. O SELF inclui entre outras coisas, um sistema de idéias, atitudes, valores e compromissos. O SELF é o meio subjetivo total de uma pessoa. É um centro distinto de experiência e significância. O SELF constitui o mundo interior da pessoa como distinto do mundo exterior, consistindo de todas as outras pessoas e coisas. O SELF é o indivíduo tal como é conhecido pelo indivíduo. É o que nos referimos quando dizemos EU.

Supomos que a cronicidade esteja incorporada ao SELF do indivíduo portador de doença crônica

2.3.7 - Estresse.

Estresse é um estado dinâmico, no qual o ser humano interage com o meio para manter o balanço para o crescimento, desenvolvimento e desempenho, o qual envolve um intercâmbio de energia e informação entre pessoa e meio, regulando e controlando os estressores.

Estresse é uma resposta de energia do indivíduo, para indivíduo, objetos e eventos chamados estressores.

Estresse não é visto fundamentalmente como uma força destrutiva na vida humana, mas é visto como essencial para o desenvolvimento e para a construção de estratégias de enfrentamento.

O estresse parece ser um componente essencial na vida, neste sentido é universal. Não é limitado nem pelo tempo, nem pelo lugar.

Os estressores identificados em muitos estudos indicam que o estresse requer energia para reagir às ameaças ou estímulos perniciosos, durante o desempenho das atividades diárias.

Os estressores tem sido categorizados em físicos, ambientais, químicos, fisiológicos, emocionais e sociais.

A enfermidade crônica traz para o indivíduo diversos agentes estressores, tais como: tratamento, exames diagnósticos, prognóstico, alterações corporais, reações da família, dos amigos, hospitalização e alterações do estilo de vida, causando reações diversas.

2.3.8 - Espaço.

O espaço existe em todas as direções, é igual em todos os lados e não tem limites.

O espaço tem diferentes características. Ele é:

a) Universal: todas as pessoas tem algum conceito de espaço.

b) Pessoal: o espaço existe a medida que é percebido pela pessoa, e portanto, é único.

A percepção de espaço tem sempre raízes nas culturas e é comunicado em comportamentos aprendidos através da cultura.

c) Físico: (territorialidade) área física que as pessoas defendem como seu.

d) Situacional: o espaço é maior ou menor dependendo da situação e local.

Por exemplo: em um elevador o espaço está mais limitado pa-

ra seus ocupantes do que para aqueles que caminham por um corredor.

e) Transacional: o uso de espaço de uma pessoa é baseado na sua percepção de uma determinada situação. A distância espacial é aumentada com diferenças de "status" e diminui com o "gostar interpessoal".

2.3.9 - Tempo.

O tempo é uma seqüência de eventos encaminhando-se para o futuro e influenciado pelo passado.

O tempo se define como a duração entre um acontecimento e outro.

O tempo é universal. O fluir rítmico de acontecimentos inerentes aos processos vitais.

É relativo, neste sentido o tempo é individual e está baseado na individualidade da pessoa e seu perceptual. É unidirecional.

O tempo é subjetivo, se baseia nas percepções da gente a respeito das sucessões de acontecimentos da vida.

É mensurável, a percepção humana de tempo varia de pessoa para pessoa e está determinada por idade, educação, nível econômico e social, papéis sociais, valores e atitudes.

A palavra crônico está diretamente relacionada ao tempo. Com isso o indivíduo com problemas crônicos terá seu tempo cercado de limitações impostas pela doença, gerando diversos tipos de reações.

O tempo é um conceito importante, pois está relacionado com

a maioria dos conceitos desta teoria, e no caso do referencial teórico utilizado assume importância ainda maior, porque está diretamente relacionado com a cronicidade. Além disso a nossa atuação com o indivíduo com problemas crônicos e/ou família está limitada no tempo.

2.3.10 - Imagem Corporal.

Pode-se considerar a imagem corporal como componente do crescimento e desenvolvimento que, por sua vez influencia o conceito de SELF. A imagem corporal é a descrição que se tem do próprio corpo ligado ao espaço, que constitui um aspecto da idéia do EU.

A imagem corporal é um conceito muito pessoal e subjetivo. Se adquire e se aprende no processo de crescimento e desenvolvimento.

Imagem corporal é a idéia que a pessoa forma acerca de seu próprio corpo. É parte integral do EU de uma pessoa.

A imagem corporal é definida como a percepção que a pessoa tem do próprio corpo, as reações dos outros à sua aparência e é o resultado das reações dos outros ao Self.

O indivíduo com problema crônico, dependendo do tipo de patologia pode apresentar a imagem corporal modificada, podendo para ele constituir-se ou não em um problema.

2.3.11 - Família.

É um sistema interpessoal composto de um pequeno grupo de seres humanos ligados entre si por um objetivo comum, que auxiliam o indivíduo com problemas crônicos a se ajustar ao meio em que vive para desempenhar seus papéis.

A estrutura da família varia de sociedade para sociedade, cultura para cultura, porém sempre existe um tipo de estrutura, quais sejam: a organização, diferença de idades, poder, "status", autoridade e tomada de decisão.

A doença crônica traz a necessidade para a estrutura familiar de se gerar ou mudar os papéis desempenhados pelos integrantes desta; os quais podem ou não serem aceitos. Com ela novas leis são formadas, surgem restrições para todos os membros da família, alterando o ritmo de vida em diferentes aspectos: interação, lazer, trabalho, rotinas etc.

2.3.12 - Crescimento e desenvolvimento.

O crescimento e desenvolvimento implica em mudanças celulares, moleculares e comportamentais dos seres humanos. Embora se dêem constantemente, há continuidade e regularidade devido ao anabolismo e catabolismo. Sob circunstâncias normais, há organização, isto é, há padrões que são predizíveis, mas variam por causa de diferenças individuais. A maneira na qual a pessoa cresce e se desenvolve está influenciada positiva e negativamente por outras pessoas e objetos do meio ambiente.

O crescimento e desenvolvimento existem em função de fatores genéticos, de experiências significativas e satisfatórias, e de um meio ambiente que conduz os indivíduos a alcançar a maturidade. Estes fatores influenciam no conceito de SELF.

Crescimento e desenvolvimento descrevem os processos que ocorrem na vida das pessoas e ajudam-nas a mover a capacidade potencial para atingir auto-realização.

Os problemas crônicos devido ao desequilíbrio das mudanças biológicas e psicológicas, causam alterações no crescimento e

desenvolvimento normal do ser humano.

Observação:

Muito dos inúmeros conceitos e comentários contidos neste referencial teórico foram transcritos na íntegra, tal qual estava redigido no Trabalho de Conclusão do Curso de Graduação em Enfermagem por Bitencourt, J.C. & Domingues, V., 1987, haja visto que concordamos inteiramente com as referidas autoras.

4 - REVISÃO DA LITERATURA

4.1 - Paciente portador de Doença Crônica (D.C.).

A palavra crônico deriva do grego CHRONIKOS, que significa "relativo ao tempo". Segundo a Comissão de Doenças Crônicas Norte Americana (1975), doença crônica é definida como, "toda piora ou desvio do normal, o qual tenha uma ou mais das seguintes características: seja permanente, deixe invalidez residual, seja causada por alteração patológica não reversível, requer treinamento do paciente, para a reabilitação e pode se supor que requeira um longo período de supervisão ou cuidado".

Nos últimos anos tem-se constatados um aumento significativo de doenças crônicas. Isto vêm ocorrendo graças ao maior controle de doenças infecciosas agudas.

Para Beland & Passos (1979), essa "incidência de doenças crônicas aumentou tanto, que se tornaram responsáveis por uma parte significativa da morbidade e mortalidade. Pacientes com doenças crônicas geralmente apresentam maior variedade de problemas, necessitando de um atendimento mais diversificado". A recuperação do paciente, bem como, a prevenção do avanço da doença, geralmente, exigem esforços contínuos do paciente, da sua família, dos profissionais de saúde, assim como de membros da comunidade.

O paciente portador de doença crônica é muitas vezes uma pessoa carente de conhecimentos sobre sua doença, bem como, os cuidados que deve tomar afim de manter compensada a sua alteração crônica. Conseqüentemente passa a ser acometido por constantes crises de descompensação e que o obriga a regressar freqüentemente aos hospitais.

As freqüentes hospitalizações geram no paciente crônico graves problemas, tanto biológico, psicológico, como social. Problemas esses que poderiam ser evitados ou amenizados se o paciente recebesse informações corretas sobre sua doença e orientações sobre os cuidados que deverá ter em relação a doença.

Segundo Ramos (1976) citado por Wolf & Prazeres, "a orientação para a saúde consiste no conjunto de ensinamentos que visam a mudança de atitudes, de comportamento e o desenvolvimento de habilidades úteis à promoção, à manutenção e à recuperação da saúde".

Em se tratando de pacientes crônicos, esses ensinamentos são de suma importância porém, requer tempo prolongado e pessoal gabaritado (qualificado) para ministrá-los.

4.2 - Paciente portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.)

Segundo Borenstein et al (1990) "pressão arterial é a pressão que o sangue exerce dentro da parede do vaso sanguíneo. Ela poderá variar dependendo da quantidade de sangue dentro do vaso sanguíneo, do calibre desse vaso e da força de contração do coração".

Conforme os autores acima citados, "a pressão arterial tem como principal função, garantir uma adequada quantidade de san-

que à todos os órgãos. Por isso, são necessários três componentes básicos: 1) quantidade de sangue; 2) calibre do vaso sanguíneo; e 3) força de contração". Entretanto essa pressão arterial não tem um valor constante.

Após inúmeras leituras de artigos referentes a hipertensão arterial, podemos concluir que hipertensão arterial nada mais é senão "a elevação crônica da pressão arterial ou seja, quando uma pessoa costuma ter sua pressão arterial frequentemente alta, diz-se que ela é hipertensa ou que possui pressão alta. Constatamos também que há uma definição rigorosa dos limites existentes entre a pressão arterial normal e a elevada. Porém para a Organização Mundial da Saúde (O.M.S.) os pacientes com 20 anos ou mais e com valores da pressão sistólica acima de 160 mmHg e da pressão diastólica acima de 95 mmHg são considerados hipertensos. A hipertensão arterial é um problema de saúde pública muito comum em todo o mundo. Atinge homens e mulheres, moços e velhos, brancos e negros, calmos ou nervosos, ricos ou pobres e não é curável espontaneamente.

A hipertensão arterial pode ser classificada em dois tipos, ou seja, hipertensão primária ou essencial ou ideopática e hipertensão secundária. Sendo que a hipertensão primária, é responsável por aproximadamente 95% dos casos de hipertensão. Enquanto que a hipertensão secundária é responsável por apenas 5% dos casos. Geralmente a hipertensão primária tem início lento a partir do final da terceira idade até o final da quinta década com tendência a aumentar gradualmente no decorrer da vida.

A pressão arterial pode elevar-se de maneira súbita e transitória devido a ansiedade, desconforto, atividade física ou outras situações que causam estresse no indivíduo.

Conforme Brunner & Suddarth (1987) "o aumento prolongado da pressão sanguínea acaba por levar os vasos sanguíneos, mais acentuadamente nos olhos, coração, rins e cérebro, a tal ponto que a insuficiência visual, a oclusão coronária, a insuficiência cardíaca congestiva, a insuficiência renal e o choque são as conseqüências normais de uma hipertensão prolongada não controlada". A hipertensão é denominada como "matador silencioso", pois o indivíduo geralmente não sente os sintomas da doença hipertensiva com antecedência.

A ocorrência de hipertensão deve-se ao aumento da resistência vascular, especialmente à nível das pequenas artérias musculares e arteríolas. A resistência periférica é determinada pelas características físicas próprias dos vasos, ou seja, da resistência existente entre a luz e a espessura da parede, bem como das influências neuro humorais que atuam sobre a musculatura lisa dos referidos vasos sanguíneos.

Conforme relato de Brunner & Suddart (1987) o quadro hipertensivo pode se fazer presente no indivíduo ansioso da seguinte forma: 1) parte um estímulo do sistema nervoso linfático dos vasos; 2) ocorre estímulo da medula supra renal em resposta ao estímulo emocional secreta adrenalina, que causa vasoconstrição; 3) o cortex supra-renal secreta cortisol e outros esteroides que exacerbam a resposta vasoconstritora dos vasos sanguíneos; 4) a vasoconstrição resulta em redução do fluxo sanguíneo para os rins, ressaltando no aumento da liberação de renina; 5) esta dá origem à formação de angiotensina, que por sua vez causa vasoconstrição e estimula a secreção de aldosterona pelo cortex da supra-renal. Sendo que este último promove a retenção de sódio e água pelos túbulos renais, levando ao aumento da volemia intravascular. Perpetuando assim o quadro hipertensivo.

O tratamento da hipertensão arterial consiste em tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

1) O tratamento medicamentoso consiste em diuréticos, vasodilatadores e drogas simpaticolíticas.

2) O tratamento não medicamentoso consiste em dieta alimentar pobre em sódio, combate ao estresse, obesidade, álcool, fumo e abolição de medicações que possam aumentar a pressão arterial.

Vejamos a seguir alguns fatores ou condições que podem influenciar no desencadeamento da crise hipertensiva no indivíduo:

- ingestão de bebida alcoólica;
- níveis elevados de colesterol;
- doenças do aparelho circulatório;
- diabetes mellitus;
- sedentarismo;
- obesidade;
- tabagismo;
- tensão nervosa (estresse);
- uso de medicações como: contraceptivos orais, corticosteroides e demais drogas hipertensivas;
- interação de alimentos ricos em tiramina ou medicamentos simpaticomiméticos com antidepressivos contendo IMAO;
- interrupção brusca de medicação anti-hipertensiva;
- temperatura ambiente (frio);
- gravidez;
- hábitos alimentares, principalmente a ingestão de gorduras saturadas e sódio (sal):

Observação: Os níveis de tensão arterial podem sofrer alteração no momento da verificação devido a fatores físicos (postura do paciente, obesidade), psíquicos (estado emocional) e mecâ-

nico (compressão ou descompressão excessiva do manguito no braço do paciente, defeito mecânico no manguito ou manômetro, imperícia na colocação do manguito ou estetoscópio).

4.3 - Paciente portador de Diabetes Mellitus (D.M.).

O termo DIABETES é derivado do grego e significa "passar através de um sifão", enquanto que MELLITUS deriva do latim e significa "mel". Portanto, DIABETES MELLITUS significa "urina doce".

Após exaustivas leituras de artigos científicos referentes ao diabetes mellitus (D.M.) podemos concluir que o D.M. é uma doença metabólica grave, de evolução crônica e se caracteriza basicamente pela elevação dos níveis de glicose no sangue devido a diminuição da ação e/ou produção deficiente de insulina pelas células beta das ilhotas de Langerhans existente no pâncreas. O D.M. caracteriza-se também por uma série de anormalidades metabólicas hormônio-induzidas, pelo aparecimento de complicações a longo prazo, que envolvem os olhos (retinopatia diabética, catarata), nos rins (nefropatias), nos nervos (neuropatia), nos vasos sanguíneos (angiopatia) e também na pele.

Segundo Marcondes et al (1984), há dois tipos clínicos fundamentais de diabetes hereditário: o tipo juvenil e o tipo adulto. O diabetes tipo juvenil apresenta rápida deterioração de sua intolerância à glicose, enquanto que no diabetes tipo adulto, próprio da idade madura, tal fenômeno ocorre lentamente, em longos períodos de estabilização e freqüentes remissões". Chama-se insulino-dependente ou tipo I o D.M. que requer insulina para seu controle. O diabetes não insulino-dependente ou tipo II pode ser controlado sem o emprego da insulina exógena, a dieta associada a hipoglicemiantes orais são suficientes para manter o

D.M. compensado no paciente.

Há ainda outras três definições de D.M., que são: a) Diabetes Progresso é aquele que se manifestou no passado espontaneamente ou, em função de um agente agravante, como obesidade, gravidez ou estresse, retornou ao estado normal de tolerância à glicose; b) Diabetes Potencial é aquela situação em que nunca houve intolerância à glicose, mas o indivíduo possui grande risco de se tornar diabético, pelo fato de ser irmão gêmeo univitelino de portador de diabetes ou, cujos pais possuem tal patologia; c) Diabetes Gestacional é aquele que se manifesta durante a gravidez, entretanto após o parto os níveis de glicemia retornam aos padrões de normalidade sem que haja a utilização de qualquer tratamento específico.

O D.M. é um problema de saúde universal, haja visto que cerca de 1 a 3% da população mundial é afetada.

Segundo Marcondes (1984) o D.M. "incide mais na idade madura, 85% acima dos 40 anos, em geral acompanhando-se de obesidade moderada. Apenas 5% apresentam a doença antes de 20 anos de idade. Quanto ao sexo, é mais comum entre as mulheres na idade madura e velhice". Pesquisas feitas apontam as mulheres multiparas (mais de 06 filhos) como sendo forte candidatos a desenvolverem D.M.

Para Brunner & Suddarth (1987) "a secreção de insulina facilita a captação, a utilização e o armazenamento da glicose, dos aminoácidos e das gorduras. Promove o armazenamento do glicogênio no fígado, a utilização da glicose nos músculos e o acúmulo de gordura nos tecidos adiposos, acelerando o transporte da glicose através das membranas celulares. Regula o nível de glicose no sangue, que é formada a partir de carboidratos inge-

ridos ou pela conversão dos aminoácidos e ácidos graxos em glicose pelo fígado (gliconeogênese)". No indivíduo diabético, a insulina não é secretada convenientemente com os níveis de glicose sangüínea. Portanto, o indivíduo passa a sofrer danos orgânicos por vezes até séveros devido as crises constantes de hiperglicemia ou hipoglicemia que é acometido.

Atualmente considera-se a taxa de 70 a 110 mg/ml de glicose no plasma como normal. Entretanto se o indivíduo vier apresentar valores inferiores a 70 mg/ml de glicose no sangue esta passa a manifestar sinais e sintomas de hipoglicemia. A medida que a hipoglicemia torna-se mais intensa, ocorrem perda da consciência e convulsões, e, quanto mais prolongada, pode levar a intenso déficit orgânico, decorticação, decerebração, irreversível, ou mesmo ao óbito.

A hipoglicemia é corrigida através da administração de glicose por via oral ou parenteral.

A hiperglicemia faz-se presente quando o nível de insulina está muito inferior ao de glicose na corrente sangüínea, ou seja, o teor de glicose no plasma sangüíneo for superior a 160mg%. A glicosúria pode aparecer no indivíduo quando a glicemia estiver mais alta que o limiar renal a essa substância. Em geral esse limiar renal oscila entre 160 a 180 mg%. Portanto, quanto mais alto for o nível de glicemia, maior será a taxa de glicose encontrada na urina, e, também, maior serão os danos causados ao organismo do paciente.

Dentre as complicações causadas pela hiperglicemia no organismo do indivíduo podemos citar: hipovolemia, queda da função renal, diurese osmótica, espoliação hidrossalina, depleção acentuada de potássio e bicarbonato, acúmulo de corpos cetônicos que

por sua vez leva a acidose com acentuada queda de pH. Acetoacidose diabética e o coma hiperosmolar são as complicações mais severas que o paciente com hiperglicemia está propenso. Essas complicações quando não corrigidas em tempo hábil podem levar o paciente a óbito.

Os níveis acentuados de glicose no sangue interferem na capacidade de mobilização dos macrófagos, bem como, na capacidade de facilitar as partículas infecciosas que porventura venham penetrar no organismo do diabético. Portanto, a resistência à infecção fica muito reduzida nas pessoas com hiperglicemia. O organismo do diabético atua como excelente meio de cultura para microorganismos (fungos, estafilococos, estreptococos, pseudomonas etc.). Juntamente com esses fatores está a diminuição da vascularização à nível periférico, tornando o processo de cicatrização de lesões mais lento. Conseqüentemente, ocorre ainda mais predisposição a novos agentes infecciosos severos (gangrena), ameaçando inclusive a vida do diabético. Portanto, toda e qualquer lesão na pessoa diabética é sempre um problema que requer mais atenção.

Cabe a nós profissionais de saúde conscientizar adequadamente esses pacientes diabéticos sobre os cuidados que deverão tomar no transcorrer da vida afim de evitar que as tão temidas complicações se manifestem e comprometam a saúde do indivíduo diabético.

Um indivíduo consciente de seus problemas e limitações impostas pela doença, participa muito mais no sentido de manter tais problemas em níveis estáveis, desta forma vive mais e feliz.

4.4 - Assistência de Enfermagem ao Paciente Crônico à Nível Ambulatorial.

Entende-se por assistência de enfermagem à nível ambulatorial como sendo a prestação de serviços de saúde a pacientes, em estabelecimento de saúde, em regime de não-internação. Segundo Vanzin et al (1988), "a enfermeira, como profissional da equipe de saúde prepara-se para desenvolver e assumir a assistência de enfermagem junto a essa clientela".

A assistência ambulatorial é prevista através de programas específicos, nos quais as atividades de enfermagem são planejadas e integradas com ações de saúde dos demais profissionais da equipe.

A finalidade de programas, com ações integradas não é oportunizar às enfermeiras a realização de funções médicas delegadas ou apenas de colaboração, as quais se orientam predominantemente para a doença e o tratamento médico.

Um programa de assistência de enfermagem na saúde do indivíduo apresenta atividades definidas, a nível individualizado através da consulta de enfermagem pode-se atuar, introduzindo e mantendo o cliente no sistema de saúde. As atividades grupais também são muito importantes uma vez que ajudam o indivíduo a se perceber como um, entre muitos afetados por problemas semelhantes.

No desempenho de suas funções, é necessário que o enfermeiro esteja atento a problemática do paciente crônico, elabore e assuma a educação destes indivíduos bem como, de suas famílias e avalie constantemente os resultados.

Aconselhamos que, a instrução do paciente deve ser iniciada

a partir da primeira consulta de enfermagem, e que de certo modo contribui para o ajustamento do paciente à sua condição de paciente crônico; pois não é possível exigir a efetiva cooperação de cliente e/ou família quando há desconhecimento do problema. Portanto, acreditamos que só se pode esperar o cumprimento das orientações dadas ao cliente/família a medida que lhes é dada oportunidade para conhecer os problemas bem como, aprender a lidar com eles.

5 - PROPOSTA DE ATUAÇÃO

5.1 - Objetivo Geral.

Desenvolver um programa de assistência de enfermagem à nível ambulatorial à pacientes crônicos (Hipertensos/Diabéticos).

5.2 - Objetivos Específicos.

5.2.1 - Implantar programa de assistência de enfermagem sistematizado à pacientes crônicos (hipertensos/diabéticos);

5.2.2 - Prestar assistência de enfermagem individualizada a pacientes crônicos (diabéticos/hipertensos), e/ou familiares do mesmo através da consulta de enfermagem, fundamentada na teoria do alcance dos objetivos de Imogene King.

5.2.3 - Realizar visitas domiciliares a pacientes atendidos pelo programa, sendo distribuído um domicílio/aluno, onde o mesmo retornará 2 a 3 vezes durante o transcorrer do estágio.

5.3 - Operacionalização.

5.1 - Objetivo Geral:

Desenvolver um programa de assistência de enfermagem a nível ambulatorial à pacientes crônicos (Hipertensos/Diabéticos).

5.2 - OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
<p>5.2.1 - Implantar programa de assistência de enfermagem sistematizada à pacientes crônicos (diabéticos/hipertensos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realizar leituras referentes às patologias: diabetes mellitus/hipertensão arterial, teorias de enfermagem e metodologia de assistência sistemática durante o desenvolvimento do projeto. - Discutir com a equipe multiprofissional sobre a viabilidade da proposta, bem como, troca de idéias favorecendo o processo de interação na organização. - Elaborar roteiros para consultas e reconsultas de enfermagem e demais impressos que se fizerem necessário. - Realizar divulgação do programa a ser implantado, através da comunicação ver- 	<ul style="list-style-type: none"> - Este objetivo será considerado alcançado se ao final do estágio conseguirmos realizar tal objetivo mediante parecer dos membros do grupo, bem como, da orientadora e supervisora.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
	<p>bal e escrita (cartazes);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Organizar espaço físico e materiais necessários para viabilização do programa; - Prover recursos humanos suficiente para atender a demanda de pacientes conforme anexo 5; - Elaborar manual de normas e rotinas para atendimento de enfermagem à nível ambulatorial a pacientes diabéticos e hipertensos; - Elaborar panfletos informativos sobre diabetes mellitus e hipertensão arterial sistêmica. 	

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
<p>5.2.2 - Prestar assistência de enfermagem individualizada a pacientes crônicos (diabéticos/ hipertensos) e/ou familiares do mesmo, através da consulta de enfermagem, fundamentada na teoria do alcance dos objetivos de Imógene King.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Agendar pacientes; - Distribuir as consultas entre o grupo; - Realizar a consulta de enfermagem prioritariamente dita envolvendo: <ul style="list-style-type: none"> a) levantamento de dados através da entrevista, exame físico e exames complementares, conforme anexos 6 e 7; b) lista de problemas; c) prescrição de enfermagem/distribuição de materiais como: <ul style="list-style-type: none"> c.1 - medicamentos; c.2 - seringas; * c.3 - glicofitas (se possível); c.4 - panfletos para complementar as orientações prestadas; d) orientação de enfermagem; e) fazer encaminhamento quando necessário. 	<p>- Este objetivo será considerado atingido se ao término do estágio conseguirmos prestar assistência de enfermagem segundo a proposta, bem como, se obter demanda regular suficiente (1 a 2 consultas/aluno/dia), satisfação da clientela sobre a assistência recebida, além do parecer do grupo, orientadora e supervisora sobre a validade e qualidade das mesmas.</p>

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ESTRATÉGIAS	AVALIAÇÃO
<p>5.2.3 - Realizar visitas domiciliares a pacientes atendidos pelo programa, sendo distribuído um domicílio/aluno onde o mesmo retornará 2 a 3 vezes durante o transcorrer do estágio.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Selecionar os pacientes a serem visitados de acordo com a necessidade (maior reincidência e/ou dependente da família para seu controle), conforme anexo 8; - Realizar nova consulta de enfermagem cada vez que for no domicílio; - Programar retorno. 	<p>- Este objetivos será considerado alcançado se até o término do estágio conseguirmos realizar as visitas domiciliares programadas e se o grupo considerar válidas tal atividade, mediante descrição dos resultados obtidos.</p>

6 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste planejamento nos proporcionou uma experiência extremamente válida e inédita, haja visto que esta foi a primeira vez que os componentes deste grupo se unem para elaborar esta proposta de trabalho.

Pretendemos com este projeto além de adquirir maiores conhecimentos teórico/prático em relação a assistência de enfermagem a pacientes portadores de doenças crônicas (hipertensão arterial sistêmica/diabetes mellitus), vivenciar a experiência de implantar um programa de assistência de enfermagem à nível ambulatorial.

Este trabalho representa para nós, um grande desafio, visto que a aplicação da teoria de Imogene King à pacientes crônicos é uma experiência totalmente nova para nós. Portanto, estamos ansiosos ao mesmo tempo que confiantes quanto aos resultados que iremos obter no transcorrer do estágio. Isto porque acreditamos, que a teoria de enfermagem, por nós escolhida para trabalhar é perfeitamente aplicável à nível ambulatorial, pois a mesma permite a ocorrência de troca de experiências entre cliente e enfermeiro para atingirem objetivos comuns em relação aos problemas encontrados, sem contudo ir contra os princípios, crenças e valores culturais próprios de cada indivíduo.

7 - BIBLIOGRAFIA

1. ANAIS do 29 Encontro Nacional de Educação em Diabetes. Florianópolis:SBEM-SC, 1988.
2. ANDRADE, Zélia Domitília de & VALENTE, Daniraide Cardoso. Proposta de assistência de enfermagem junto aos pacientes portadores de diabetes mellitus, hipertensão e pneumopatas crônicos fundamentadas em alguns conceitos da teoria de Dorothea Orem e Wanda de Aguiar Horta. Florianópolis, 1989. (Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem - UFSC).
3. BELAND, I. & PASSOS, J. Enfermagem clínica. 3. ed., São Paulo: EPU/EDUSP, 1978. Vol. 1 e 3.
4. BITTENCOURT, Jane Cléia Cardoso de & DOMINGUES, Valeska. Proposta de assistência de enfermagem aos indivíduos hospitalizados com problemas crônicos e/ou suas famílias durante o processo de transição hospital/casa. Florianópolis, 1987. (Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem-UFSC).
5. BOGLIOLO, Luiz. Patologia. 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1981.
6. BORENSTEIN, Miriam S. et al. Manual do paciente hipertenso. Florianópolis: UFSC/HU, 1990.
7. BRUNNER, L.A. & SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 5. ed., Rio de Janeiro: Guanabara, 1987. Vol. 1 e 2.
8. CAMPIDELLI, Maria Coeli et al. Processo de enfermagem na prática. São Paulo: Ática, 1989.
9. CARVALHO, Sérgio de et al. Diabetes mellitus "orientação multiprofissional". Florianópolis: UFSC/HU.
10. CONSTITUIÇÃO DA REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL. 1. ed., (5ª tiragem). São Paulo: Atlas, 1989. (Manuais de legislação).
- + 11. HARRISON, Medicina interna. 10. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. Vol. 1, p. 750-770.
12. KING, Imogene M. A theory for nursing. New York: Wiley Medical Publication, 1981. p. 11 e 145.

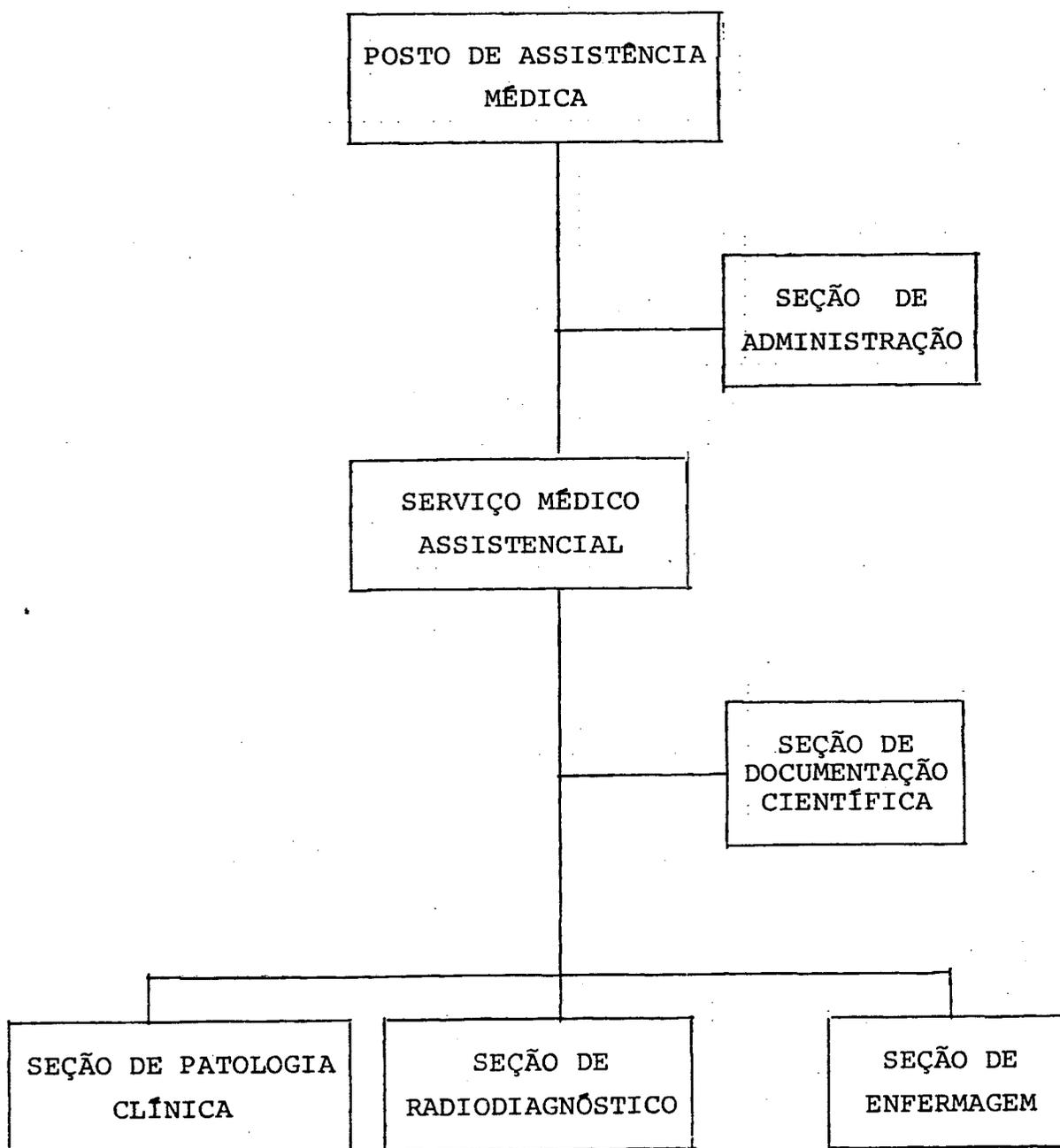
13. KRON, Thora. Manual de enfermagem. 4. ed., Rio de Janeiro: Interamericana, 1978.
14. MACHADO, Ana P. Botelho et al. Assistência de enfermagem a paciente/família oncológico segundo King numa abordagem humanística. Florianópolis, 1989/1. (Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em Enfermagem - UFSC).
15. MADEIRA, Ana Márcia Boaventura. Manual de orientações aos pacientes hipertensos. Florianópolis: INAMPS/Superintendência Regional de Santa Catarina - P.A.M. da Capital, 1987.
16. MARCONDES, M. et al. Clínica médica "propedêutica e fisiologia". 3. ed., Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984. p. 542-557.
17. MICHAEL, S. Dicionário prático inglês-português/português-inglês. São Paulo: Melhoramentos, 1987.
18. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
19. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Orientações básicas para o diabético. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1989.
20. P.A.M.-Estreito. Documentos organizacionais (organograma, regimento, estatística e outros).
21. SANTOS, Evanguelia K.A. Comparação entre as teorias de enfermagem de Horta, King, Rogers, Roy e Orem. Rev. Paul. Enf., São Paulo, 5(1), jan.-fev.-mar., 1985.
22. SANTOS, Silva Maria Azevedo dos. Prática assistencial de enfermagem à idosos crônicos fundamentada no marco conceitual de King. Florianópolis, 1990. (Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado da UFSC para obtenção de título de mestre em enfermagem).
23. SILVA, Heloisa Moura. Programa de assistência ambulatorial de enfermagem para clientes diabéticos. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38(3/4), jul./dez. 1985, p. 289.
24. TAVARES, Luiz A. et al. Hipertensão arterial "presente e futuro". São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1989.
25. VANZIN, Arlete Spencer et al. Assistência de enfermagem na saúde do adulto "à nível ambulatorial". 2. ed., Porto Alegre: D.C. Luzzatto, 1988.
26. WYNGAARDEN & SMITH. Cecil "tratado de medicina interna". 16. ed., Rio de Janeiro: Interamericana, 1984. p. 1066-1086.
27. WOLF, Martha Barbato & PRAZERES, Silvana Maria Janning. Proposta de assistência de enfermagem à pacientes portadores de problemas crônicos com enfoque nas orientações - H.G.C.R. - Clínica médica feminina. Florianópolis, 1986. (Trabalho de conclusão de Curso de Enfermagem - UFSC).

ANEXOS

CRONOGRAMA

DATA	ATIVIDADES	LOCAL
01/08/90	Reunião	Auditório do C.C.S.
02-17/08/90	Elaboração do projeto.	P.A.M.-Estreito.
14/08/90	Seminário A	Auditório C.C.S.
20-22/08/90	Apresentação dos projetos.	Campus da U.F.S.C.
23/08-13/11/90	Estágio propriamente dito.	P.A.M. - Estreito.
23-30/08/90	Implantação do projeto.	P.A.M. - Estreito.
14/11/90	Seminário B	Auditório do C.C.S.
16-29/11/90	Elaboração dos relatórios.	P.A.M. - Estreito.
03-05/12/90	Apresentação dos relatórios.	Campus da U.F.S.C.
06/12/90	Entrega dos relatórios para a Orientadora e Coordenadoria de Enfermagem.	Campus da U.F.S.C.
OBSERVAÇÃO: Todas as sextas feiras existentes no transcorrer do estágio serão destinadas para a realização de reuniões e/ou visitas domiciliares.		

ORGANOGRAMA



ANEXO 3

BOLETIM DE SERVIÇOS PRODUZIDOS

ANEXO-03

ANO 89



INAMPS

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA

BSP - BOLETIM DE SERVIÇOS PRODUZIDOS

NÚMERO
DA FOLHA

BOLETIM		COMPETÊNCIA	
NORMAL	RETIF.	MÊS	ANO
1			
	2		

NOME OU RAZÃO SOCIAL

MUNICÍPIO

CÓDIGO DA UNIDADE DV

PORTE

MATRÍCULA

5

CLIENTELA

1 URBANA 2 RURAL (TRABALHADOR) 3 INTEGRADA 4 ACIDENTADO DO TRABALHO

TIPO DE SERVIÇO

CONVENIADO

01 PRÓPRIO 02 CONTRATADO 03 EMPRESA 04 SINDICATO 05 UNIVERSIDADE 06 ÓRGÃO FEDERAL 07 ÓRGÃO ESTADUAL 08 ÓRGÃO MUNICIPAL 09 ENTIDADE FILANTRÓPICA 10 OUTRAS ENTIDADES

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

CLÍNICAS					CLÍNICAS				
PRODUTO	PORTE	COD.	QUANTIDADE	DV	PRODUTO	PORTE	COD.	QUANTIDADE	DV
MÉDICA	I	001		9	CIRÚRGICA	I	014		0
	II	002		7		II	015		9
	III	003		5		III	016		7
	S/PORTE	004		3		IV	017		5
PEDIÁTRICA	I	005		1		V	018		3
	II	006		0		VI	019		1
	III	007		8	S/PORTE	020		5	
	S/PORTE	008		6	OBSTÉTRICA	INT./ALTA	021		3
PSIQUIÁTRICA	I	009		4		PARTO NORMAL	022		1
	II	010		8		PARTO CIRURGICO	023		0
	III	011		6		INTERCOR.	024		8
	S/PORTE	012		4	CRÔNICO	025		6	
ONCOLÓGICA		013		2	GRANDE QUEIMADO	026		4	

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIAL

PROCEDIMENTOS				PROCEDIMENTOS			
PRODUTO	COD.	QUANTIDADE	DV	PRODUTO	COD.	QUANTIDADE	DV
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	027	20	2	TARTARECTOMIA	036	527	1
ATENDIMENTO	028	13743	0	EXTRACAO	DENTES PERMANENTES	037	568
EXAME	029	539	9		DENTES DECIDUOS	038	379
DENTES RESTAURADOS	030		2	APLICACÃO TÓPICA DE FLUOR COM PROFILAXIA	039	43	6
REST. AMÁLGAMA 1FACE	031	6691	0	BOCHECHO FLUORADO	040		0
REST. AMÁLGAMA 2FACES	032	3298	9	APLICACÃO DE SELANTE	041	41	8
REST. SILIC. OU COMPOSITO	033	3276	7	OUTROS	042	149	6
OBT. COND. UNI-RADIC.	034		5	TRATAMENTO COMPLETADO	INTRAMURO	043	4
OBT. COND. BI/TRI RADIC.	035		3		EXTRAMURO	044	

TOTAL DAS QUANTIDADES LANÇADAS NOS CÓDIGOS DE 001 A 044

888

LOCAL	DATA	RESPONS. P/PREENCHIMENTO	CHEFIA
PAM - Exat	/ /		



INAMPS

INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL
SECRETARIA DE PLANEJAMENTO
DEPARTAMENTO DE INFORMÁTICA

BSP - BOLETIM DE SERVIÇOS PRODUZIDOS

NÚMERO DA FOLHA



BOLETIM		COMPETÊNCIA	
NORMAL	RETIF.	MÊS	ANO
1	2		

NOME OU RAZÃO SOCIAL

MUNICÍPIO

CODIGO DA UNIDADE DV

PORTE

MATRÍCULA

5

CLIENTELA

1 URBANA

2 RURAL (TRABALHADOR)

3 INTEGRADA

4 ACIDENTADO DO TRABALHO

TIPO DE SERVIÇO

CONVENIADO

01 PRÓPRIO

03 EMPRESA

05 UNIVERSIDADE

07 ÓRGÃO ESTADUAL

09 ENTIDADE FILANTRÓPICA

02 CONTRATADO

04 SINDICATO

06 ÓRGÃO FEDERAL

08 ÓRGÃO MUNICIPAL

10 OUTRAS ENTIDADES

ASSISTÊNCIA HOSPITALAR

CLÍNICAS					CLÍNICAS				
PRODUTO	PORTE	COD.	QUANTIDADE	DV	PRODUTO	PORTE	COD.	QUANTIDADE	DV
MÉDICA	I	001		9	CIRÚRGICA	I	014		0
	II	002		7		II	015		9
	III	003		5		III	016		7
	S/PORTE	004		3		IV	017		5
PEDIÁTRICA	I	005		1		V	018		3
	II	006		0		VI	019		1
	III	007		8	S/PORTE	020		5	
	S/PORTE	008		6	OBSTÉTRICA	INT./ALTA	021		3
PSIQUIÁTRICA	I	009		4		PARTO NORMAL	022		1
	II	010		8		PARTO CIRURGICO	023		0
	III	011		6		INTERCOR.	024		8
	S/PORTE	012		4	CRÔNICO	025		6	
ONCOLÓGICA		013		2	GRANDE QUEIMADO	026		4	

ASSISTÊNCIA ODONTOLÓGICA AMBULATORIAL

PROCEDIMENTOS				PROCEDIMENTOS			
PRODUTO	COD.	QUANTIDADE	DV	PRODUTO	COD.	QUANTIDADE	DV
URGÊNCIA/EMERGÊNCIA	027	2,0	2	TARTARECTOMIA	036	5,27	1
ATENDIMENTO	028	1,37,1,3	0	EXTRACAO	DENTES PERMANENTES	037	5,6,8
EXAME	029	5,3,9	9		DENTES DECIDUOS	038	3,7,9
DENTES RESTAURADOS	030		2	APLICAÇÃO TÓPICA DE FLUOR COM PROFILAXIA	039	4,3	6
REST. AMÁLGAMA 1FACE	031	6,6,9,1	0	BOCHECHO FLUORADO	040		0
REST. AMÁLGAMA 2FACES	032	3,2,9,8	9	APLICAÇÃO DE SELANTE	041	4,1	8
REST. SILIC. OU COMPÓSITO	033	3,2,7,6	7	OUTROS	042	1,4,9	6
OBT. COND. UNI-RADIC.	034		5	TRATAMENTO COMPLETADO	INTRAMURO	043	4
OBT. COND. BI/TRI RADIC.	035		3		EXTRAMURO	044	

TOTAL DAS QUANTIDADES LANÇADAS NOS CÓDIGOS DE 001 A 044



888

LOCAL	DATA	RESPONS. P/PREENCHIMENTO	CHEFIA
PAM - Extrato	/ /		

QUADRO DE FUNCIONÁRIOS

- Agente Administrativo	- 18
- Assistente Social	- 03
- Artífice Mecânico	- 01
- A.O.S.D.	- 13
- Auxiliar de Enfermagem	- 21
- Datilógrafo	- 01
- Médico	- 33
- Enfermeiro	- 04
- Farmacêutico	- 01
- Motorista	- 02
- Operador de Rx	- 01
- Técnico de Laboratório	- 04
- Bioquímico	- 01
- Telefonista	- 01
- Odontólogo	- 11
- Agente de Portaria	- 08

ANEXO 6

INSTRUMENTOS

CONCEITO: DOENÇA

COMPONENTES:

- Percepção do indivíduo sobre sua doença;
- Conseqüência da doença no desempenho dos diferentes papéis;
- Estresses causados pela doença;
- Percepção da família sobre a doença do indivíduo.

COMO:

- Perguntas;
- Perguntas para o indivíduos e/ou família;
- Observação;
- Anotações no prontuário;
- Exames laboratoriais.

O QUE:

- Qual é o seu problema de saúde?
- O que conhece a respeito de seu problema?
- Como adquiriu esse problema?
- O que faz para manter a doença estabilizada?
- Faz uso de medicamentos? Quais?
- O que você gostaria de saber sobre a sua doença ...?
- O que sente em relação ao seu problema?
- O seu problema trouxe alguma mudança em sua vida?
- Deixou de executar alguma tarefa em função de seu problema?
- Hoje, que tarefas acha que pode desempenhar?
- Encontrou alguma dificuldade no lar, no trabalho, no lazer em função de seu problema de saúde?
- Conseguiu superar as dificuldades encontradas?
- O que sabem a respeito da doença de
- Como você pretender colaborar na recuperação de
- Como se sente em relação ao problema de

CONCEITO: IMAGEM CORPORAL

COMPONENTES:

- Percepção do indivíduo sobre sua imagem corporal;
- Influência da cronicidade sobre a imagem corporal.

COMO:

- Perguntas;
- Observação.

O QUE:

- O que acha de seu aspecto físico?
- O que acha que as pessoas acham de seu aspecto físico?
- O aspecto físico é importante para você? Por que?
- A doença modificou sua imagem?
- (Se houve modificação) Como se sente em relação a esta modificação?
- (Idem) Influenciou nas suas relações sociais?
- Gostaria de fazer alguma coisa para modificar sua imagem corporal? O que?

CONCEITO: ESTRESSE

COMPONENTES:

- Definição de estresse;
- Agentes estressores;
- Reações aos agentes estressores.

COMO:

- Perguntas;
- Observação.

O QUE:

- O que sabe sobre o estresse?
- Poderia enumerar reações que apresenta quando está estressado?
- Como reconhece que está estressado?
- O que faz para enfrentar o estresse?
- O que faz quando sente que seu organismo não está bem?
- Solicita ajuda de outras pessoas ou soluciona seus problemas sozinho?
- Quais as pessoas que você procura? Amigos, familiares, equipe de saúde?
- Encontra ajuda?

CONCEITO: ESPAÇO

COMPONENTES:

- Percepção do indivíduo sobre espaço.

COMO:

- Perguntas;
- Observação.

O QUE:

- O que pensa do espaço que tem em sua casa (ambiente físico e psicológico).
- Como se sente em proximidade com outras pessoas.
- Com quem você se sente mais próximo em casa.

CONCEITO: FAMÍLIA

COMPONENTES:

- Constituição familiar;
- Indivíduo como membro integrante da família.

COMO:

- Perguntas;
- Observação.

O QUE:

- Quais os componentes da sua família?
- Quantas pessoas trabalham?
- Existem pessoas doentes na sua família? Que tipo de doença?
- Como vê sua família?
- Sua família contribui para o seu restabelecimento? Como?
- Você acha que seu problema prejudica seu relacionamento com a família?
- Quando não executa suas atividades costumeiras, o que sente em relação a sua família?

CONCEITO: CRONICIDADE

COMPONENTES:

- Indivíduos com problemas crônicos.

COMO:

- Perguntas;
- Anotações no prontuário.

O QUE:

- O que é doença crônica para você?
- (Se sim) Você acredita que a doença crônica tem cura?

CONCEITO: TEMPO

COMPONENTES:

- Percepção do indivíduo sobre Tempo X Cronicidade.

COMO:

- Perguntas.

O QUE:

- Quando descobriu o seu problema de saúde?
- Como descobriu?
- Foi internado alguma vez? (Se a resposta for positiva) Quantas vezes?
- Qual a causa das internações?

CONCEITO: PAPEL

COMPONENTES:

- Papéis desempenhados;
- Papel da Enfermeira.

COMO:

- Perguntas;
- Observação.

O QUE:

- O que você faz quando está em casa? Que atividades realiza? (Lazer, trabalho, estudo etc.).
- Você acha que seu problema de saúde interferiu no desempenho dessas atividades?
- Após descobrir seu problema de saúde, que atividades passou a desempenhar?
- O que acha que o enfermeiro deve fazer? Que atividades deve executar em relação aos pacientes portadores de doença crônica?
- Como você vê o trabalho do enfermeiro aqui no ambulatório?
- Gostaria de sugerir alguma mudança?

CONCEITO: ENFERMAGEM

COMPONENTES:

- Estabelecimento de um processo de interação;
- Comunicação entre o funcionário e o indivíduo;
- Participação do indivíduo e/ou família no estabelecimento de objetivos, metas ou estratégias e execução do plano.

COMO:

- Comunicação (verbal ou não verbal);
- Percepção;
- Perguntas;
- Observação;
- Diálogo.

O QUE:

- Apresentação dos acadêmicos aos indivíduos e/ou suas famílias, expondo nossa proposta de ação.
- O que acha de nossa proposta?

CONCEITO: SAÚDE

COMPONENTES:

- Percepção do indivíduo sobre saúde;
- Verificação do estado físico do indivíduo;
- Percepção do indivíduo sobre o seu ambiente externo.

COMO:

- Perguntas;
- Exame físico;
- Exames laboratoriais;
- Registro no prontuário;
- Observação.

O QUE:

- Quando você acha que está saudável?
- Como está se sentindo agora? Por que?
- Você acha que pode ter saúde mesmo tendo um problema crônico?
- Verificar a existência de desajustes no indivíduo?
- Tem observado alguma alteração no seu estado físico (peso, coloração da pele etc.) após a manifestação da doença ...?
- Onde você mora tem rede de água e esgoto e energia elétrica?
- Como é seu relacionamento com a família?
- Que atividades recreativas você costuma fazer?
- Desempenha alguma atividade na comunidade? (Centro Comunitário, igreja etc.).
- Qual a sua ocupação?
- O que acha do seu trabalho?

CONCEITO: **SELF**

COMPONENTES:

- Percepção do indivíduo sobre o seu EU.

COMO:

- Perguntas;
- Observação.

O QUE:

- Como você descreveria sua própria pessoa?
- O que você acha que é capaz de fazer, na situação presente?
- O que mais gostaria de fazer?
- Como você diria que são as pessoas que o cercam? (familiares, amigos, equipe de saúde).

*O que você gostaria de dizer ou perguntar e que não teve oportunidade até agora?

ANEXO 7

FICHA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES
DIABÉTICOS/HIPERTENSOS - P.A.M.-ESTREITO

FICHA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM

I- IDENTIFICAÇÃO-

Nome:..... Reg.:.....
Idade:..... Sexo:..... Cor:.....
Estado civil:..... Nº de filhos:.....
Escolaridade:.....
Profissão:.....
Endereço:.....
Ponto de referência:.....

II- EM RELAÇÃO À DOENÇA: Que motivo o trouxe a este ambulatório?

Qual é seu problema de saúde?

O que conhece a respeito desse problema?

O que faz para manter o problema estabilizado?

Faz uso de medicação? quais?

O que você gostaria de saber sobre o seu problema (doença)?

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

III- IMAGEM CORPORAL: Esse problema (doença) modificou sua imagem?

.....

IV- ESTRESSE: Poderia citar as reações que costuma apresentar quando está estressado?

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

V- ESPAÇO: O que pensa do espaço que tem em sua casa/ambiente físico e psicológico?

.....
.....
.....
VI- FAMÍLIA: .Existe pessoas doentes na sua família? Que tipo de do
ença? . Sua família contribui para o seu restabelecimento? Como?

.....
.....
.....
VII- CRONICIDADE: O que é problema crônico para você? Acredita que
esse problema tem cura?

.....
.....
VIII- TEMPO: Como e quando descobriu esse seu problema?

.....
.....
IX- PAPEL: O que faz quando está em casa? Que atividades costuma
realizar (lazer, trabalho, estudo, etc.)?

.....
.....
X- SAÚDE: Como você está se sentindo agora?

Você acha que pode ter saúde, mesmo tendo um problema crônico?

ABORDAR NESSE ÍTEM: Nutrição, eliminações, sono e repouso, tabagis-
mo, alcoolismo e higiene.

.....
.....
.....
.....
.....
Têm observado alguma mudança no seu estado físico(peso, integridade
cutâneo-mucosa, coloração da pele, etc.) ultimamente?

.....
.....
.....
.....
.....
XI- SELF(a própria pessoa): Como você descreve a sua própria pessoa?

.....
.....
.....
XII- OBSERVAÇÃO: O que você gostaria de dizer ou perguntar e que
ainda não teve oportunidade de expor até agora?

METODOLOGIA PARA REALIZAÇÃO DA VISITA DOMICILIAR

I - Planejamento.

1. Seleção da visita a ser realizada:
 - a) prioridades estabelecidas;
 - b) itinerário e meio de transporte;
 - c) horas mais apropriadas para a assistência que será prestada.
2. Coleta de dados:
 - a) levantamento de dados disponíveis sobre o paciente.
3. Revisão de conhecimentos:
 - a) rever as orientações e assistência prestados ao paciente e consulta no ambulatório.
4. Plano:
 - a) decidir a conduta a ser seguida e traçar um plano provisório.
5. Preparo de material:
 - a) selecionar o material a ser utilizado na visita e rever a forma de usá-lo.

II - Execução.

1. Abordagem e atividades.
 - a) executar as ações de enfermagem planejadas ou equacioná-las a situação encontrada;
 - b) rever as orientações e atividades prestadas à família e os planos para atendimento das necessidades.

III - Registro dos Dados.

- a) Registrar as ações da visita, no prontuário e anexando junto aos demais dados do paciente.

IV - Avaliação.

- a) Rever todos os passos a partir do planejamento avaliando os aspectos positivos e negativos a respeito da validade do trabalho educativo.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO REFERENTE A PROPOSTA DE IMPLANTAÇÃO DE UM
PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À NÍVEL
AMBULATORIAL À PACIENTES PORTADORES DE DOENÇAS
CRÔNICAS (HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA / DIABETES
MELLITUS) FUNDAMENTADA NA TEORIA DE I. KING.

ADRIANA FARIA DE OLIVEIRA

CARLA LEÃO CORREIA

PALMIRA MOMM

RONALDO PERFOLL

Curso de Graduação em Enfermagem - Ensino Integrado

VIII^a Unidade Curricular - INT 1108

Orientadora: Alacoque Lorenzini Erdmann

Supervisora: Jane Maria Veiga

Florianópolis, Novembro de 1990.

MENSAGEM

"Estive Enfermo e me Visitaste"

ESCUТА-ME ENFERMEIRA

Por Ruth Johnston

Eu estava com fome e não podia comer sozinha.
Você deixou minha bandeja de refeição fora de meu alcance
sobre minha mesa de cabeceira.
Então você discutiu minhas necessidades de nutrição
durante uma reunião de enfermagem.
Eu estava com sede e necessitava de ajuda, mas você
esqueceu de pedir ao atendente que enchesse minha
garrafa de água.
Você mais tarde anotou que eu recusei fluídos.
Eu estava sozinha e com medo, mas você me deixou só
porque eu era muito cooperadora e nunca pedi
coisa alguma.
Eu estava com dificuldades financeiras e em sua mente
eu me tornei um objeto de aborrecimento.
Eu era um problema de enfermagem e você discutiu as
bases teóricas de minha doença e você nem mesmo
me vê.
Eu pensava estar morrendo e,
julgando que eu não poderia ouvir, você disse esperar
que eu não morresse antes de terminar o seu plantão.
porque você tinha hora marcada num cabelereiro
antes de seu compromisso aquela noite.
Você parece tão bem educada; bem falante e tão impecável
em seu imaculado e bem passado uniforme.
Mas quando eu falo, você parece ouvir, porém não me
escuta.
Ajuda-me, explica-me o que está me acontecendo,
eu estou tão cansada, tão solitária e com tanto medo.
Fale comigo, aproxime-se de mim, pegue minha mão.
Mostre interesse pelo que está acontecendo comigo
Por favor, enfermeira, escute-me.

Tradução livre por WANDA DE AGUIAR HORTA,
Reproduzido do American Journal of Nursing,
February, 1971.

ERRATA

- P.5 do relatório 1º parágrafo - 3ª linha

Onde se lê:

Palmira Monn

Leia-se:

Palmira Momm

- P.7-2º parágrafo - 6ª linha

Onde se lê:

novas fontes referentes a teoria de enfermagem

Leia-se:

novas fontes referentes a consulta de enfermagem

- P.19-2º parágrafo - 2ª linha

Onde se lê:

importância de sua trabalho

Leia-se:

importância de seus trabalhos

-No ANEXO-22 (família nº1)

P.2-4º parágrafo-4ª linha

Onde se lê:

a deicha

Leia-se:

a deixa

-P.3-(anexo 22)1º parágrafo- 4ª linha

Onde se lê:

voldo

Leia-se:

boldo

-P.5(anexo 22)1º parágrafo-1ª linha

Onde se lê:

estenso

Leia-se:

extenso

-P.7(anexo 22)4º parágrafo-4ª linha

Onde se lê:

ápce da discussão

Leia-se:

ápice da discussão

-P.8(anexo 22)no fim da página

Onde se lê:

Palmira Monn

Leia-se:

Palmira Momm

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

- Aos Pacientes e/ou seus familiares que permitiram a realização de nosso trabalho, pois sem a participação dos mesmos, nossa proposta de ação não teria razão de existir.
- À Professora e Orientadora Alacoque Lorenzini Erdmann.
- À Enfermeira Supervisora Jane Maria Vieira.
- Às Enfermeiras Ângela Maria de Lima Takano, Clarice Terezinha Schuster e Rosane R. T. Tabalipa.
- À Assistente Social Antônia Medeiros Luciano.
- Aos funcionários do PAM-Estreito.
- À Deus que nos deu o dom da vida, para que com ela pudessemos passar a sabedoria e o conforto à todas as pessoas.
- Aos nossos familiares que sempre nos deram a força, o carinho e amor nos momentos em que mais precisamos.

SUMÁRIO

	PÁG.
1 - INTRODUÇÃO	5
2 - RESULTADOS	7
2.1 - Objetivo nº 1	7
2.2 - Objetivo nº 2	11
2.3 - Objetivo nº 3	14
3 - A EXPERIÊNCIA DE ADOTAR ALGUNS PRESSUPOSTOS DA TEORIA DE KING	16
4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS	18
5 - RECOMENDAÇÕES	20
ANEXOS	

1 - INTRODUÇÃO

O presente trabalho trata-se de um relatório elaborado pelos acadêmicos de enfermagem da VIII^a Unidade Curricular, Adriana F. de Oliveira, Carla L. Correia, Palmira Monn e Ronaldo Perfoli, referente à Proposta de Implantação do Programa de Assistência de Enfermagem à nível ambulatorial à pacientes crônicos (Diabetes Mellitus/Hipertensão Arterial) realizado no PAM-Estreito. Foi elaborado no período de 14/11 à 21/11/90, orientado pela Doutora em Enfermagem Alacoque Lorenzini Erdmann.

Este relatório visa avaliar os resultados obtidos com a execução dos objetivos traçados no planejamento. Esta avaliação foi possível graças as anotações, discussões entre os componentes deste grupo, bem como, algumas situações de enfermagem vivenciadas no transcorrer do estágio.

Para PAIM (1978, p. 112) "avaliação é apreciação, controle e aferição. É mais que técnica, é uma etapa da administração, onde um plano de atividade humana é usado pelo indivíduo para determinar a extensão dos objetivos alcançados. Uma das formas de se avaliar a assistência de enfermagem é através dos registros de enfermagem.

O registro de enfermagem é um meio de se documentar os

problemas identificados e a assistência prestada, a fim de se promover a continuidade e a integração da assistência pelos vários membros da equipe profissional."

Os resultados obtidos neste trabalho podem ser úteis, inclusive podem ser considerados como indicadores da eficácia da assistência prestada aos pacientes e/ou seus familiares, haja visto que a clientela por nós atendida participou ativamente do programa. Inicialmente fomos prejudicados em decorrência da greve dos previdenciários que perdurou de 05/09 à 12/10/90. Entretanto, com o término da referida greve a demanda de pacientes foi acima da nossa expectativa, permitindo desta forma a realização dos objetivos que passaremos a relatar a seguir.

2 - RESULTADOS

2.1 - Objetivo 01.

Implantar programa de assistência de enfermagem sistematizada à pacientes crônicos diabéticos e hipertensos.

Para realização desse objetivo, realizamos diversas leituras em grupo e individual referentes as patologias diabetes mellitus e hipertensão arterial, bem como outros temas relacionados com às necessidades apresentadas por clientes durante a realização de determinadas consultas; foram consultadas novas fontes referentes a teorias de enfermagem e metodologia de assistência sistemática, bem como outros temas que se fizeram necessários.

Para operacionalização dessa estratégia consultamos as seguintes fontes:

1. ANJOS, Mário N. dos. Diabetes da criança ao adulto. 2. ed., Rio de Janeiro:Edições Cultura Médica, 1980.
2. ARQUINO, Francisco. Diabetes mellitus e suas complicações. 2. ed., Rio de Janeiro:Ed. Guanabara Koogan, 1973.
3. BELAND, Irene & PASSOS, Joice. Enfermagem clínica. 3. ed., São Paulo:EPU/EDUSP, 1978. Vol. 1, pag. 180-212.
4. BORENSTEIN, M. et al. Manual do paciente hipertenso. Florianópolis:Hospital Universitário/UFSC, 1990.
5. BRANDÃO, A.P. et al. Conseqüências da hipertensão arterial sobre o coração. Rev. Bras. Clin. Terap. Vol. XIII. n. 5, maio de 1984, pag. 68-72.

6. BRUNNER, L.S. & SUDDARTH, D.S. Tratado de enfermagem médico cirúrgica. 5. ed., Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1987. Vol. 1, pág. 609-614.
7. _____. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 5. ed., Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1987. pág. 615-625.
8. _____. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 5. ed., Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1987. pág. 106-117.
9. _____. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 5. ed., Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1987. Vol. 2, pág. 795-824.
10. _____. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 5. ed., Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 1987. Vol. 1, pág. 184-200.
11. CAMPEDELLI, Maria Coeli. Reflexões sobre a consulta de enfermagem. Enfoque, São Paulo, 18(2):28-30, set. 1990.
12. CANTARELLI, E.L. e cols. O hipertenso e a cirurgia não cardíaca. Rev. Bras. Clin. Terap. Vol. XIII, n. 5, maio 1984, pág. 86-88.
13. DIGMAN, Wille e cols. Hipertensão arterial e diabetes mellitus. Rev. Bras. Clín. Terap. Vol. XIII, n. 5, abril 1984, pág. 78-82.
14. FERREIRA, A.B. de H. Novo dicionário da língua portuguesa. Rio de Janeiro:Editora Nova Fronteira, 1975.
15. FILHO, F.M.A. & BRANDÃO, A.P. Os diuréticos no tratamento da hipertensão arterial. Rev. Bras. Clín. Terap. Vol. XIII, n. 5, maio 1984, pág. 41-50.
16. FLORENCIO, Walter Wanderley. A terapia através de massagens. Rev. Vida e Saúde, n. 2, fevereiro 1990, pág. 10-11.
17. GUYTON, Artur C. Tratado de fisiologia médica. 5. ed., Rio de Janeiro:Ed. Interamericana, 1977. pág. 912-916.
18. HAMMERLY, Marcelo A. Como curar a insônia. Rev. Vida e Saúde, n. 4, abril 1990, pág. 10-11.
19. HARRISON, Medicina interna. 7. ed., Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1977, pág. 171-174.
20. JOSLIN, Elliott P. Manual do diabete de Joslin. 11. ed., São Paulo:Livraria Roca, 1983.
21. JÚNIOR, E.D.N. Os betabloqueadores no tratamento da hipertensão arterial. Rev. Bras. Clín. Terap., Vol. XIII, n. 5, maio de 1984, pág. 57-62.
22. LACERDA, Osmair Coelho. Causas das disfunções sexuais. Rev. Vida e Saúde, n. 8. agosto 1990, pág. 22-23.

23. _____. Causas das disfunções sexuais masculinas. Rev. Vida e Saúde, n. 6, junho 1990, pág. 26-27.
24. _____. Causas das disfunções sexuais femininas. Rev. Vida e Saúde, n. 7, julho, 1990, pág. 21-22.
25. MACIEL, Rubens. Hipertensão arterial no velho. Rev. Bras. Clín. Terap., Vol. XIII, n. 5, maio de 1984, pág. 73-76.
26. MACHADO, M.H. Orientação de enfermagem na auto-aplicação de insulina. Rev. Bras. Enf., Distrito federal, n. 32, pág. 167-171, 1979.
27. MADEIRA, Ana Márcia. Manual de orientação aos pacientes hipertensos. Florianópolis:INAMPS, 1987.
28. MARANHÃO, M.F.C. Bloqueadores angiotensivicos. Rev. Clín. Terap. Vol. XIII, n. 5, maio de 1984, pág. 65-66.
29. MILCHOVICH, Suellyn K. et al. Diabetes o que você deve saber. Rio de Janeiro:Atheneu, 1984.
30. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988.
31. PAVANI, L.M.O. et al. Consulta de enfermagem a cliente hipertenso: análise de um instrumento utilizado e proposta de um novo modelo. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 22 (1):85-102, abril, 1988.
32. PEREYRA, Mário. Enfarto: fatores de prevenção. Rev. Vida e Saúde, n. 9, setembro 1990, pág. 09-11.
33. PETERSON, Charles M. Tome conta do seu diabetes; um processo de auto controle. Tradução José Augusto Ferreira Filho, Belo Horizonte:Oficial, 1983.
34. PIERIN, A.M.G. Orientação sistematizada do paciente hipertenso submetido a tratamento ambulatorial. Rev. Esc. Enf. USP, São Paulo, 20(3):193-205, 1986.
35. RAMOS, S.M. Necessidade de orientação à saúde do paciente diabético. Rev. Bras. Enf., Distrito Federal, 29:38-42, 1976.
36. REIS, Irineu C. Silveira dos. Como enfrentar o stress. Rev. Vida e Saúde, n. 10, outubro 1990, pág. 15-22.
37. RIBEIRO, A.B. Emergências hipertensivas. Rev. Bras. Clín. Terap. Vol. XIII, n. 5, maio de 1984, pág. 83-85.
38. ROBBINS, Stanley L. M. D. Patologia. 3. ed., Rio de Janeiro:Guanabara Koogan, 1969, pág. 193-196.
39. RODRIGUES, Ruben. Hipertensão arterial lábil e limítrofe. Rev. Bras. Clín. Terap. Vol. XIII, n. 5, maio 1984, pág. 33-37.

40. SCHLESINGER, Paulo. Anti-hipertensivos de ação central. Rev. Bras. Clín. Terap. Vol. XIII, n. 5, maio 1984, pag, 65-66.
41. SILVA, H.M. Programa de assistência ambulatorial de enfermagem para clientes diabéticos. Rev. Bras. Enf., Brasília, 38(3/4):289-299, jul/dez, 1985.
42. TAVARES, Luiz A. et al. Hipertensão arterial: presente e futuro. São Paulo:Fundo Editorial Byk, 1989.
43. VALLE, Procópio et al. Viva em paz com o seu diabetes. 3. ed., São Paulo:Editora Atheneu, 1987.
44. VANZIN, Arlete Spencer et al. Assistência de enfermagem na saúde do adulto. Porto Alegre:Editora da Universidade, 1982.
45. ZAGURY, Leão X. et al. Diabetes sem medo. 4. ed., Rio de Janeiro;Ed. Rocco, 1987.

Realizamos discussões com a equipe multiprofissional sobre a viabilidade da proposta, bem como, troca de idéias, favorecendo assim o processo de interação. Para isto, fizemos uso de reuniões envolvendo as enfermeiras da instituição e da secretaria da saúde; discussões com pessoas que estavam envolvidas direta ou indiretamente com o programa.

Elaboramos diversos impressos conforme anexos 01,02,03 , 04,05 e 06.

Como forma de divulgação do programa fizemos uso de cartazes e comunicação verbal, através dos quais obtivemos excelentes resultados.

Para a viabilização deste programa conquistamos espaço físico, providenciamos materiais necessários, tais como: glicosímetro, esfigmomanômetro, estetoscópio clínico, livro de registro, agenda para consulta e reconsulta, arquivo de prontuários, fitas reagentes para a realização de glicosúria e glicemia capilar; seringas para insulina, agulhas, estilete, algodão, álcool, éter, água oxigenada (H₂O₂), cotonete, papel

absorvente, sabão líquido, canetas, lápis e borracha, impressos referentes às patologias em questão, fornecidos por laboratórios e impressos já existentes na instituição, conforme anexos 07,08,09,10,11,12,13,14,15 e 16.

Providenciamos recursos humanos necessários para atender a demanda da clientela.

Elaboramos manual de normas e rotinas para atendimento de enfermagem à nível ambulatorial a pacientes diabéticos e hipertensos, conforme anexo 17.

Foram elaborados durante o transcorrer do projeto impressos referentes a hipertensão arterial conforma anexos 18 e 19.

Não elaboramos impressos referentes à diabetes mellitus haja visto a existência farta deste tipo de material de divulgação na instituição.

Portanto, com a avaliação realizada pelos membros do grupo, supervisora e orientadora, esse objetivo foi considerado alcançado.

2.2 - Objetivo nº 2.

Prestar assistência de enfermagem individualizada a pacientes crônicos (diabéticos/hipertensos) e/ou familiares do mesmo através da consulta de enfermagem, fundamentada na Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King.

Para cumprir esse objetivo realizamos consultas e reconsultas conforme agendamento. Sendo agendado cerca de 02 consultas e 03 reconsultas por turno.

Entretanto na ausência de clientes anteriormente agendados ou mesmo por dispormos de tempo, foram atendidos aqueles clientes que procuraram o programa sem estarem agendados, sendo que neste período foram realizadas um total de 39 consultas e 43 reconsultas e, para isso nos utilizamos dos instrumentos específicos conforme anexos 01 e 02, os quais foram distribuídos entre os membros do grupo.

Entretanto não nos restringimos apenas em realizar consultas e reconsultas de enfermagem, e sim, efetuamos:

- a) 212 verificações de pressão arterial;
- b) 137 glicemias capilares;
- c) 08 glicosúrias;
- d) 148 orientações;
- e) 28 encaminhamentos;
- f) 55 fornecimentos de materiais (seringas, agulhas, glicofitas e algodão);
- g) 11 aplicações de insulina;
- h) 18 glicemias capilares à domicílio.

Dentre o total de clientes atendidos, 117 eram do sexo masculino e 198 feminino.

Demais dados referentes ao número de atividades diárias e mensais ver anexo 06.

Através da análise do livro de registro do programa conforme anexo 20, constatamos que das 39 consultas realizadas, os clientes atendidos encontravam-se em várias faixas etárias conforme consta no quadro 1.

Quadro 1

FAIXA ETÁRIA (IDADE)	20 - 39	40 - 50	51 - 60	61 - 70	71 - 90
nº de pacientes	04	11	09	08	08

Os clientes por nós atendidos, tomaram conhecimento da existência do programa por diferentes formas, tais como:

- através de leituras de cartazes afixados no PAM-Estreito, supermercados e sala de espera do setor de emergência do Hospital Florianópolis;
- encaminhamentos verbais por parte de médicos e assistentes sociais da instituição bem como, assistente social de outro órgão de saúde conforme anexo 21.

Durante os contatos realizados com os clientes, foi possível distribuir impressos que se fizeram necessários para suprirem as carências de informações de cada cliente.

Conforme citado anteriormente, foram encaminhados 27 clientes para diferentes especialidades médicas, por se tratarem de problemas que fugiam do nosso alcance, conforme modelo em anexo 03.

Participamos de 03 reuniões da Associação dos Diabéticos do PAM-Estreito, sendo que ao término de cada reunião, realizamos testes de glicemia capilar nos participantes da referida reunião que demonstraram interesse pela realização de tal exame.

Este objetivo foi considerado atingido pois, conseguimos prestar assistência de enfermagem à população segundo a proposta por nós elaborada, entretanto não nos prendemos ao número de clientes atendidos e sim na qualidade desse atendi-

mento.

No que diz respeito à clientela, mostraram-se satisfeitos com a assistência recebida, tanto que muitos retornaram para reconsultar bem como, trouxeram novos clientes para integrarem-se ao programa.

2.3 - Objetivo nº 03.

Realizar visitas domiciliares a pacientes atendidos pelo programa, sendo distribuído um domicílio/aluno onde o mesmo retornará 2 a 3 vezes durante o transcorrer do estágio.

Para alcançar este objetivo selecionamos 04 pacientes sendo que durante as visitas a esses pacientes foram detectados novos casos dentre eles foram incluídos mais 03 pacientes no programa, de acordo com a necessidade de cada um, onde usamos como critério de seleção, dependência da família para seu controle ou por apresentarem quadro clínico descompensado.

Realizamos estas visitas conforme roteiro de visita no período de 14/09 a 12/10/90.

Para chegarmos aos locais das visitas, utilizamos o meio de transporte coletivo e por vezes fomos a pé, por se tratar de locais próximos de onde nos encontrávamos.

Foram realizadas 12 visitas domiciliares a estes pacientes, entretanto foram marcadas 2 visitas à pacientes do programa, sendo que uma dessas 2 visitas, a paciente selecionada não se encontrava em casa e a outra não foi realizada pois a paciente retornou ao ambulatório dias antes para reavaliação quando então constatamos que a mesma encontrava-se compensa-

da, portanto não havendo necessidade de realizar a visita programada. Os relatórios referentes as visitas domiciliares encontram-se em anexo 22.

A visita domiciliar nos possibilitou conhecer o meio ambiente aonde vive o paciente, a interação cliente-família e adesão ou não do tratamento, bem como adequar as orientações de acordo com a realidade de cada família, possibilitando as mesmas um melhor aproveitamento das referidas orientações pelos familiares.

Portanto, este objetivo foi alcançado, pois conseguimos realizar as visitas domiciliares programadas. Sendo que as mesmas foram consideradas como experiência bastante válida para o nosso futuro como profissionais de saúde.

3 - A EXPERIÊNCIA DE ADOTAR ALGUNS PRESSUPOSTOS DA TEORIA DE KING

Desenvolvemos este trabalho baseado em alguns pressupostos da Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King. Experiência essa que passaremos a descrever.

Através de nossa experiência constatamos que os indivíduos interagem num sistema aberto que envolve os sistemas pessoal, interpessoal e social, sofrendo influências dos mesmos. Entretanto verificamos que essa influência faz-se mais evidente nas relações interpessoais pelas quais indivíduos geralmente estranhos, estão face-a-face, seja numa instituição de saúde, e no domicílio.

Comprovamos que cada indivíduo pensa, percebe e age de forma singular, por isso, fez-se necessário verificarmos junto a cada indivíduo o nível de entendimento do mesmo.

Em relação a percepção, conseguimos que cada um dos clientes por nós atendidos apresentavam formas diferenciadas de perceber seus problemas.

A comunicação é um processo que foi de vital importância para o desenvolvimento do nosso trabalho, ou seja, nos contatos enfermeiro-cliente, enfermeiro-enfermeiro, bem como enfermeiro e outros profissionais.

A experiência por nós vivenciada no transcorrer do estágio, nos possibilitou ouvir o ponto de vista de cada cliente em relação aos seus problemas, quando então colocávamos o nosso parecer em relação a tais problemas e, através da transação juntos optávamos por um plano de ação específico para atender as necessidades de cada cliente. Respeitamos as opiniões dos clientes, pois acreditamos que as pessoas tem o direito tanto de aceitar, quanto de rejeitar qualquer cuidado à saúde.

No instrumento elaborado para a realização de consultas de enfermagem, para o desenvolvimento do projeto, constatamos a necessidade de suprimir alguns itens do mesmo, haja visto que a maioria da clientela, devido ao nível sócio-cultural ao qual pertenciam, apresentavam grande dificuldade de entendimento dos itens suprimidos, tais como: self, stress, espaço e imagem.

Em decorrência da dificuldade apresentada pelos clientes, principalmente no tocante ao estresse, fez-se necessário a elaboração de um livrete conforme anexo 19.

O embasamento de nossas ações no campo de estágio, fundamentada em um referencial teórico (King), fez com que atuássemos com maior segurança. Segurança esta que aumentou sensivelmente no transcorrer das consultas. Ao nosso ver essa teoria que adotamos é perfeitamente aplicável com pacientes crônicos a nível ambulatorial, pelo menos até os pressupostos experimentados.

4 - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A operacionalização de nossa proposta de implantação de um programa de assistência de enfermagem à nível ambulatorial à pacientes portadores de doenças crônicas como hipertensão arterial sistêmica (H.A.S.) e diabetes mellitus (D.M.), foi de grande valia para o aprimoramento de nossos conhecimentos ligados ao âmbito profissional. Conhecimentos esses que nos servirão de guias e até como exemplos para o nosso futuro como profissionais de saúde (enfermeiros). A utilização da Teoria do Alcance dos Objetivos de Imogene King nos possibilitou maior segurança na realização de consultas de enfermagem e visitas domiciliares.

Sentimo-nos muito gratificados com o estágio desenvolvido no Posto de Assistência Médica (P.A.M.) - Estreito, pois desde a fase de implantação da proposta contida neste trabalho, até o final do estágio, não encontramos dificuldades, principalmente no tocante às enfermeiras e demais profissionais daquela instituição de saúde. Os quais mostraram-se interessados, cooperantes e crentes em nosso trabalho. Inclusive deixaram-nos inteiramente livres para atuar conforme pretendíamos.

A credibilidade e colaboração recebidas foi de vital importância para a realização dos objetivos por nós traçados

durante a fase de planejamento deste trabalho.

Com base nos objetivos alcançados, podemos afirmar que é de suma importância a participação direta do profissional enfermeiro na implantação e desenvolvimento de programas ligados a saúde pública, favorecendo dessa forma o enriquecimento da qualidade da assistência prestada, pois traz benefícios tanto para a equipe de enfermagem como para a clientela atendida (pacientes).

Entretanto, acreditamos que compete aos enfermeiros despertar a necessidade e importância de sua trabalhos como membros da equipe multiprofissional de saúde. Importância esta que tem se se fazer valer diante de outros profissionais, bem como, da população. A realização de consultas de enfermagem é um direito adquirido pelos enfermeiros, portanto é um instrumento, que tal usá-lo?

5 - RECOMENDAÇÕES

- Ao Coordenador do Curso de Graduação em Enfermagem, que procure manter a liberdade de escolha por parte do aluno em relação ao orientador, bem como, campo de estágio da VIII^a Unidade Curricular.

- As enfermeiras do Ambulatório do P.A.M.-Estreito, que dêem continuidade ao trabalho por nós iniciado. Pois os conhecimentos que podem ser considerados banais por parte de vocês, através da consulta de enfermagem, podem ser de grande valia para o cliente (paciente) que carece justamente desses conhecimentos para poder levar uma vida mais saudável e feliz.

- Aos colegas que encontram-se na eminência de ingressar na VIII^a Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem, que reflitam sobre a possibilidade de desenvolver seus projetos de conclusão de curso no P.A.M. - Estreito, pois lá a receptividade tanto dos profissionais de saúde como da clientela é excepcional. Além disso, a população carece de informações e quando encontram quem as lhes dêem, ficam muito gratos.

- Aos profissionais de saúde que atuam diretamente com a população, que estes venham a utilizarem-se de outros instrumentos reivindicatórios para a melhoria de suas condições de

trabalho, bem como, financeiras; e não a realização de greves no atendimento a população, pois desta forma, está sendo negado o direito que cada indivíduo tem a saúde contido no Art. 196 da constituição brasileira (1988).

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES
 DIABÉTICOS/HIPERTENSOS - P.A.M.-ESTREITO

FICHA DE CONSULTA DE ENFERMAGEM

I- IDENTIFICAÇÃO-

Nome: *N.P.* Reg.: *0020*
 Data de nascimento: *12/04/47* Sexo: *masculina* Cor: *branca*
 Estado civil: *casado* Nº de filhos: *04*
 Escolaridade: *primário grau incompleto*
 Profissão: *auxiliar de operador de bomba / pintor*
 Endereço: *Rua: Genl. S.N. - baquianos - F. Lourenópolis - S.L.*
 Ponto de referência: *próximo ao restaurante Ataliba*

II-ENTREVISTA-

2.1. Em relação à doença:

- .Que motivo o trouxe a este ambulatório?
- .O que conhece a respeito desse problema?
- .O que faz para manter esse problema estabilizado?
- .O que gostaria de saber sobre esse seu problema (doença)?
- *Referir ter vindo ao P.A.M. em busca de orientações para aquisição de insulina, seringas e agulhas, pois o mesmo é portador de D.M. tipo I. Dig. ter recebido pouquíssimas informações sobre essa patologia, as quais espera receber. Faz uso de insulina N.P.H.: 100 U. = 40,5 U. pela manhã e 20 U. à noite.*

2.2. Saúde/tempo:

- .Como e quando descobriu a existência desse seu problema?
 - .Você acha que pode ter saúde mesmo tendo um problema crônico?
 - .Como está se sentindo agora?
 - *Referir ter desenvolvido que era portador de D.M. após ter tido alguns episódios de poliúria, polidipsia e distúrbios visuais. Na oportunidade foi submetido a exames médicos e laboratoriais quando então foi comprovada a existência de tal problema. Hoje há 09 anos. O paciente acredita que o indivíduo com problema crônico não pode ter saúde. O Notar-se ao D.M. refere estar satisfeito com a vida.*
- Investigar também:

Nutrição, eliminações, sono e repouso, tabagismo, alcoolismo.
 • *Não há existência de problemas referentes a nutrição, eliminações, sono, repouso e alcool. Exatamente, é fumante (20 cigarros por dia)...*

.Têm observado alguma mudança no seu estado físico(peso, integridade cutâneo-mucosa, coloração da pele, etc.) ultimamente?

Não. Não observo de qualquer mudança, na seu estado físico ultimamente.

2.3. Família:

.Existe pessoas doentes na sua família?

.Que tipo de doença?

.Sua família colabora no sentido de manter seu problema estabilizado?

*a) Segundo N.P.; a sua mãe é portadora de H.A.S., incluindo fe. fe. ritmo de N.V.; pai fe. a. etc. desde a crises frequentes de bronquite + asma....
b) Refere ter uma empregada (supra) que elabora e prepara comida para manter seus problemas de saúde física e psíquica estabilizados.*

2.4. Papel:

.O que costuma fazer quando está em casa?

.Costuma incluir atividades recreativas no seu dia-dia? Quais?

*a) Quando está em casa diz gostar de praticar atividades ligadas a jardinagem e plantação de hortaliças.....
b) Frequentemente costuma visitar amigos, fazer comidinhas e assistir T.V.:*

2.5. TEMA LIVRE:

.O que você gostaria de dizer ou perguntar e que ainda não teve oportunidade de expor até este momento?

*a) Refere ter medo de ter problemas sérios ligados a impotência sexual após ter se submetido a uma cirurgia urológica por via uretral, desde que não recebeu informações a respeito deste problema que tanto o aflige.....
b) Refere sentir formigamento nos M.M.II. e quer saber se isso é normal nos demais portadores de diabetes mellitus e, se pode continuar usando água quente para aliviar tal sensação.*

III- DADOS COMPLEMENTARES-

Resultados de glicemias, glicosúrias e demais exames laboratoriais que se fizerem necessários; sinais vitais; exame físico, etc.

Data: 23/10/90

História: 09:45'

• P.A. = 100/70 mmHg - • Pulso: 74 bpm
• glicemia capilar: 354 mg/dl. Obs: Paciente menciona-se não receber insulina há 02 dias devido ao fato de não ter tal substância a sua disposição no domicílio.

• Quanto aos M.M.II.: mencionam-se sem problemas ligados a edemas, temperatura, etc.

FICHA DE ACOMPANHAMENTO AMBULATORIAL

Data	LISTA DE PROBLEMAS	PLANO DE AÇÃO	EVOLUÇÃO
13/10/90	<p>1 - 5m portador de D.M. tipo I, sup. glicemia capilar = 354 mg/dl e necessita mais insulina sobre tal problema.</p> <p>2 - Fatores Teste de glicemia capilar;</p> <p>3 - Prezada orientado que se figura melhorado em relação a diabetes de um modo geral, ligada ao D.M. Mas caso, sobre a diabetes mellitus;</p> <p>4 - Orientado quanto a importância da auto-avaliação de para manter a qualidade de D.M. controlado;</p> <p>5 - Orientado portador a manter a dieta de ser portador de D.M. com mais estabilidade;</p> <p>6 - Orientado quanto a qual a insulina para fazer a insulina insulina e seringa e qual a frequência sobre neste P.A.M.</p>	<p>1 - 12/11/90 - Portador noturno a todo P.A.M. para resultados de insulina e o plano insulina, seringa e qual a dieta de D.M.</p> <p>2 - Não realização de mais exames ligados ao D.M.</p> <p>- glicemia capilar = 145 mg/dl.</p>	<p>12/11/90 - Portador noturno a todo P.A.M. para resultados de insulina e o plano insulina, seringa e qual a dieta de D.M.</p> <p>2 - Não realização de mais exames ligados ao D.M.</p> <p>- glicemia capilar = 145 mg/dl.</p>
13/10/90	<p>1 - 5m portador de D.M. tipo I, sup. glicemia capilar = 354 mg/dl e necessita mais insulina sobre tal problema.</p>	<p>1 - Fatores insulina e seringa e qual a frequência sobre neste P.A.M.</p>	<p>1 - Fatores insulina e seringa e qual a frequência sobre neste P.A.M.</p>

Nome: N.P. Idade: 41 anos Reg.: 0020
 Endereço: Rua geral, S.N. - Bequias - F.ópolis - S.C.
 Data: 12/11/90

FICHA DE RECONSULTA DE ENFERMAGEM

- Paciente retornou para reconsulta de enfermagem, bem como, apresentar novas presc. de insulina N.P.H., seringas e agulhas.
- Não apresenta mais problemas de saúde desde a consulta anterior.
- Ainda não foi possível realizar consulta com cardiologista.
- Permanece com um ponto de farmácia perto casa m.m.l.l.
- P.A. = 110/70 mmHg - Pulso: 80 bpm - glicemia capilar: 145 mg/dl

*Valmir
 02/11/90*

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES DIABÉTICOS/HIPERTENSOS
SERVIÇO DE ENFERMAGEM

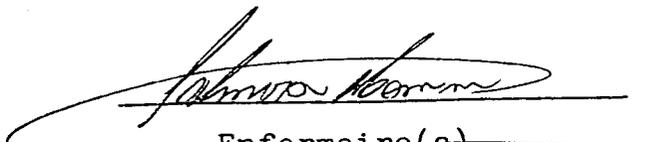
FICHA DE ENCAMINHAMENTO

Nome do cliente: *N. P.*.....

Encaminhado para: *Andrologista*.....

Justificativa: *Paciente refere ter perdido o ter. problemas ligados a im-
potência secund. após ter se submetido a uma cirurgia uretérica via
uretral há mais ou menos um ano (12 mto). Portanto o mesmo requer
análises por profissionais especializados, afin. de receber assistência adequada.
Foto para atensão.*

Data: *23/10/90*.....


Enfermeiro(a)
at. h.f.

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
À PACIENTES DIABÉTICOS/HIPERTENSOS**

-P.A.M.-ESTREITO-

Serviço de enfermagem

Nome:.....

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

Horário:.....

Local: SALA Nº 130-1 (térreo).

UFSC-101-Correia/Momm/Oliveira/Perfoll.90-2.

**PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES
DIABÉTICOS - P.A.M.-ESTREITO.**

Nome:.....

Glicemia capilar:.....mg/dl. Hora:.....

Glicosúria:.....

Data:.../.../.....

Enfermeiro(a)

Correia/Momm/Oliveira/Perfoll. UFSC-101-90/2.

ANEXO 6

Data	Np de consultas		Sexo		Verfio. de P.A.	Glicemia capilar	Glicosúria	Orientações	Encaminhamentos	Fornecimento de materiais	Aplic. de insulina	Glicemia capilar à domicílio
	Novas	Recons.	M.	F.								
03/09/90	03	-	02	05	03	04	01	06	01	-	-	-
04/09/90	02	-	02	04	05	04	02	03	-	-	-	-
05/09/90	-	-	01	01	01	-	-	02	-	-	-	-
10/09/90	-	02	02	04	01	03	-	02	-	-	-	-
11/09/90	-	-	02	01	02	01	-	-	-	-	-	-
14/09/90	02	01	02	03	05	-	-	03	-	-	-	05
21/09/90	-	01	-	01	01	-	-	01	-	-	-	-
26/09/90	-	-	03	10	-	13	-	-	-	-	-	-
27/09/90	02	-	01	01	02	-	-	02	-	-	-	-
28/09/90	-	01	-	01	01	-	-	01	-	-	-	-
TOTAL:	09	05	15	31	21	28	03	80	04	-	-	05

Data	Nr de consultas		Sexo		Verfio. de P.A.	Glicemia capilar	Glicosúria	Orientações	Encaminhamentos	Fornecimento de materiais	Aplic. de insulina	Glicemia capilar à domicílio
	Novas	Recons.	M.	F.								
01/10/90	—	—	01	—	—	—	01	—	01	—	—	—
02/10/90	01	01	03	03	03	—	05	01	—	—	—	01
04/10/90	01	01	02	02	04	02	02	03	01	01	01	08
05/10/90	—	02	03	03	03	—	03	—	—	—	—	—
08/10/90	—	02	01	01	02	—	02	01	—	—	—	01
09/10/90	03	02	03	01	02	05	01	—	01	01	01	—
10/10/90	02	—	03	01	03	01	04	—	—	04	—	—
11/10/90	—	—	01	03	03	02	02	01	01	01	01	—
12/10/90	—	03	01	02	03	—	02	—	—	—	—	03
15/10/90	01	—	03	04	05	02	04	02	02	02	—	—
16/10/90	—	01	01	05	04	02	01	01	01	01	—	—
17/10/90	02	02	05	02	06	04	05	01	01	04	01	—
18/10/90	—	—	01	04	02	03	03	01	01	03	—	—
19/10/90	—	—	01	02	—	01	01	01	04	04	—	—
22/10/90	01	02	06	04	02	04	06	01	03	03	—	—
23/10/90	03	—	02	03	05	03	03	01	04	04	—	—
TOTAL:	14	16	34	43	53	32	48	14	29	99	40	13

O tratamento eficaz da sua pressão depende de você e de seu médico. Saiba o que fazer para auxiliá-lo.

- Você também tem um papel a cumprir para tornar o tratamento ainda mais eficaz. Sua colaboração é muito importante.
- Quando a hipertensão é tratada corretamente e a tempo, é possível prevenir o aparecimento de complicações graves no coração, no cérebro e no rim. Isto pode prolongar sua vida.
- É importante que você tome corretamente seu remédio.
- Não interrompa o tratamento sem autorização do médico.
- Controle periodicamente sua pressão arterial.
- Diminua o sal nos seus alimentos.
- Deixe de fumar.
- Controle seu peso. A obesidade sobrecarrega o coração.
- Evite alimentos ricos em gorduras; eles contêm grandes quantidades de colesterol, que é prejudicial à sua saúde.
- Evite a tensão. Enfrente melhor sua vida.
- Evite o excesso de bebidas alcoólicas.
- Faça exercícios físicos sob orientação médica.

Nome: _____

Idade: _____ Telefone: _____

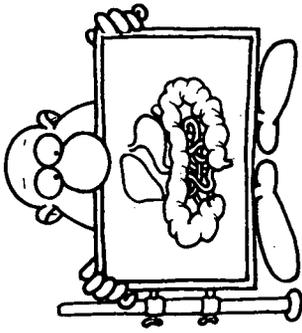
Médico: _____

Telefone: _____

açúcar a qual entra na corrente sanguínea e faz com que o pâncreas produza insulina. A insulina faz com que o açúcar penetre nas células e produza calor e energia.

Quando a pessoa diabética se alimenta sucede o seguinte: o alimento é digerido no estômago; no intestino delgado é absorvido e chega ao fígado. O fígado o transforma em açúcar o qual entra na corrente sanguínea mas... como o pâncreas não produz insulina, o organismo não utiliza adequadamente o açúcar, havendo acúmulo deste no sangue. Este excesso, eliminado na urina, recebe o nome de glicosúria.

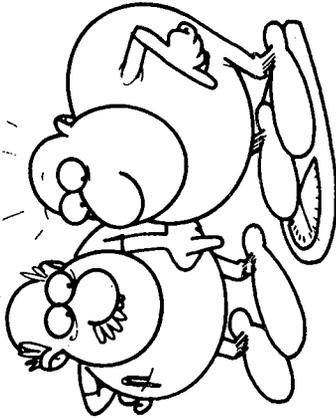
Quando falta açúcar no interior das células, as gorduras e proteínas são queimadas para produzir o calor e energia necessários. Nesta eventualidade, surge no sangue e na urina, a cetona.



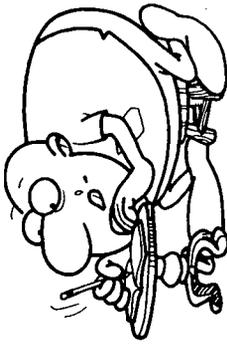
A eliminação de cetona na urina recebe o nome de cetonúria. Por isso mesmo, o paciente diabético sente cansaço, fraqueza e perde peso. Tem apetite exagerado (polifagia). Bebe muita água (polidipsia) e urina muito (poliúria).

4. O Controle

Para controlar efetivamente o diabetes é necessário seguir algumas regras simples: conservar constantemente o peso ideal de acordo com a idade e altura.



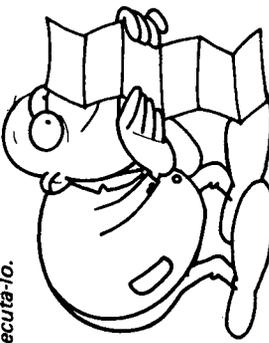
Visitar regularmente o seu médico e seguir fielmente suas instruções. Fazer exame duas ou três vezes ao dia para saber o nível de açúcar (glicose) na urina (glicosúria). E anotar em um caderno ou livreto especial o resultado dos exames diários de urina.



O exame diário de urina indica se está perdendo açúcar (glicose) pela urina (glicosúria) e se há sinais perigosos de descontrole (cetonúria). Quando no exame de urina mede-se exatamente a quantidade de açúcar eliminada, este exame se denomina: QUANTITATIVO.

Quando se mede só aproximadamente chama-se SEMI-QUANTITATIVO. Entre vários métodos que habitualmente se empregam para medir o nível de glicosúria, distinguem-se dois métodos semi-quantitativos: CLINITEST® e DIASTIX®. Lembre-se de lavar muito bem as suas mãos antes e após cada exame de urina.

O método semi-quantitativo CLINITEST® para a glicosúria é bastante fácil de ser feito. O CLINITEST® pode ser comprado na sua farmácia de confiança e a sua bula explica com detalhes o procedimento correto de como executá-lo.



O método semi-quantitativo DIASTIX® para a glicosúria em 30 segundos também se encontra à venda nas farmácias e é bastante simples e conveniente. Já existe também um método semi-quantitativo para pesquisar a glicosúria e a cetonúria ao mesmo tempo: é o KETO-DIASTIX®. Um frasco traz material suficiente para 100 provas.

PRODUTOS DIAGNÓSTICOS AMES PARA CONTROLE DO DIABETES

- **DEXTOSTIX** : Tiras reagentes para determinação de Glicose Sangüínea.
- **GLUCOSTIX** : Tiras reagentes para determinação de Glicose Sangüínea.
- **DIASTIX** : Tiras reagentes para determinação de glicose na urina.
- **KETO-DIASTIX**: Tiras reagentes para determinação de glicose e cetonas na urina.
- **CLINITEST** : Comprimitos para determinação de açúcares na urina.

UTILIZE NOSSO SISTEMA DE VENDA POSTAL-VIA SEDEX



RIO (021) 220.2410

SÃO PAULO (011) 222.8936

SISTEMA AMES DE TEL



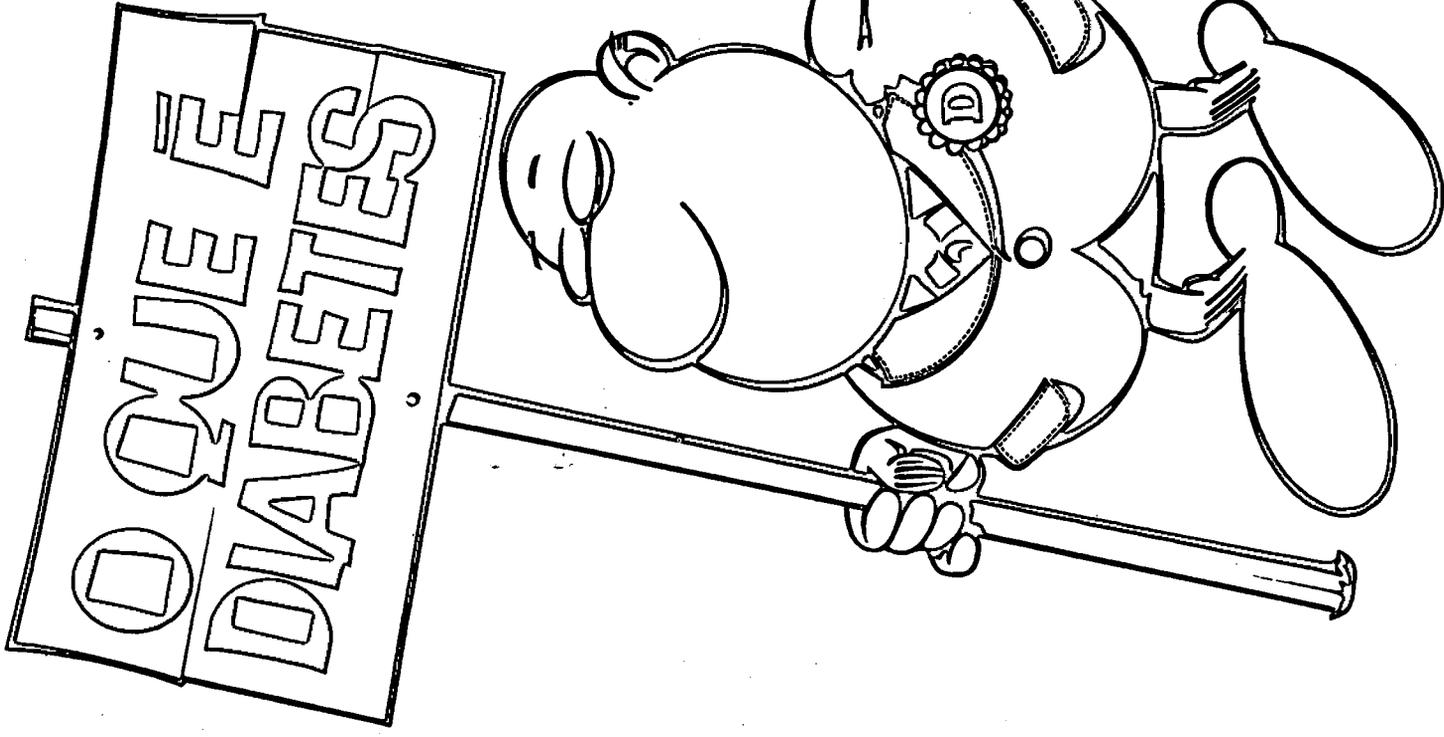
MILES DO BR
Uma empresa do Grupo

DIVISÃO DIAGNÓSTICA **AMES**

“NICON”

Rua Domingos Jorge, 100,
CEP 04779 - São Paulo - SP
Fone: (011) 525-5592 - 525-55

car
1311

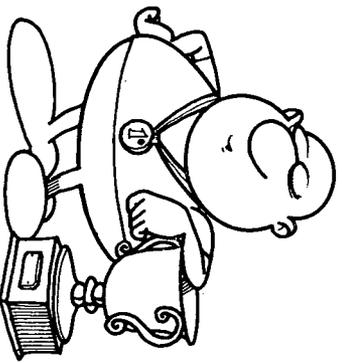


1. Introdução

O diabetes mellitus ou sacarino é uma doença muito frequente no mundo inteiro. 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; daí ser importante visitar regularmente o médico.

A descoberta precoce deste mal permite estabelecer um tratamento adequado com o qual se evitam complicações muito sérias. Este folheto tem como fim principal dar a você uma idéia clara e simples do que é o Diabetes Mellitus. Assinalar alguns dos métodos existentes para proporcionar um bom controle da moléstia, assim como algumas recomendações gerais para o cuidado e higiene do corpo a fim de evitar complicações. A experiência de muitos anos demonstrou que o paciente diabético é absolutamente capaz de viver normalmente.

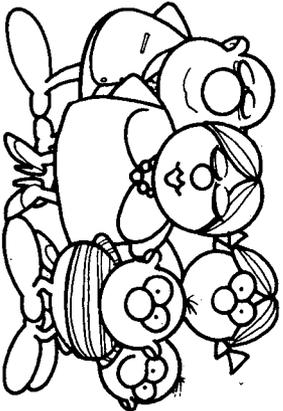
O paciente diabético pode ser um bom desportista, um excelente profissional, podendo trabalhar com toda a normalidade, sendo um cidadão útil à sociedade em que vive. Basta para isso conhecer o que é o Diabetes Mellitus.



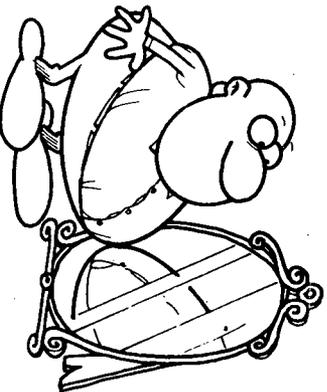
2. Fatores Importantes no Diabetes Mellitus

É você dos que ouviram falar mil coisas acerca do diabetes, não é verdade? O diabetes é simplesmente um inimigo da saúde que é necessário descobrir e conhecer para ser dominado. Analisemos alguns fatores:

A Herança: O diabetes é uma doença hereditária. Se um dos pais for diabético, um dentre cada cinco de seus filhos poderá ser diabético. Mas se os dois, pai e mãe, ou os quatro avós são diabéticos, as probabilidades aumentam de forma considerável.



A Obesidade: A obesidade favorece o aparecimento do diabetes. Observou-se que a maioria dos diabéticos adultos são ou foram obesos. A maioria dos diabéticos obesos quando baixam de peso, logram normalizar seus níveis de açúcar no sangue. Portanto uma pessoa que tem familiares diabéticos não deve ser obesa.



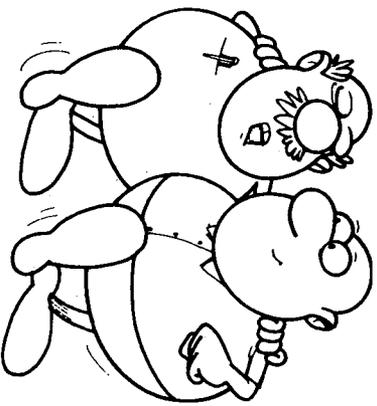
Outros Fatores: Que podem precipitar ou acelerar o aparecimento do diabetes. Intervenções cirúrgicas, infecções graves, gravidez, emoções e menopausa.

3. Que é o Diabetes Mellitus?

O diabetes é uma enfermidade que impede o correto aproveitamento dos alimentos que você come (especialmente açúcares) devido à carência parcial ou total de um hormônio chamado insulina.

Uma pessoa normal ao se alimentar ingerir açúcares, proteínas e gorduras. O alimento é digerido no estômago; no intestino delgado é absorvido e chega ao fígado. Uma parte se transforma em

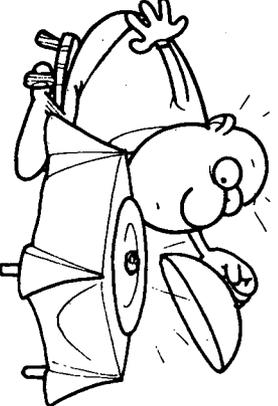
O Livro de Anotações: É muito importante registrar diariamente o resultado dos dois ou três exames urinários. É algo que nunca se deve esquecer. Porque ao visitar periodicamente seu médico, o livro de anotações será de grande utilidade para ambos. Serão dois bons amigos com um mesmo pensamento: a sua saúde.



5. Tratamento

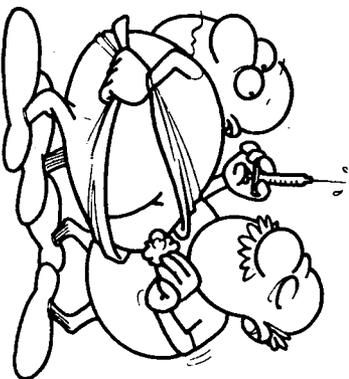
O pâncreas é um órgão importante, e que entre outras funções, produz o hormônio chamado insulina. A insulina, tem, entre outras funções, a capacidade de proporcionar ao organismo a utilização adequada do açúcar (glicose).

Se a glicose é aproveitada normalmente esta não se acumula no sangue nem se perde pela urina. O pâncreas de uma pessoa diabética (não obesa) produz menos insulina que o de uma pessoa normal. Por isso é necessário um correto tratamento vigiado por seu médico.



Há diabéticos que conseguem um bom controle de sua moléstia somente com uma alimentação equilibrada (dieta). Outros, além da dieta, necessitam tomar comprimidos chamados "hipoglicemiantes orais" para evitar que a

glicose atinja níveis altos no sangue. Há também pacientes que além de dieta especial necessitam injeção diária de insulina com o propósito de ter um bom controle. Seu médico é a única pessoa capacitada para decidir qual é o melhor tratamento para você.



6. Recomendações Gerais

Exercício: É indispensável que o paciente diabético realize exercício físico de acordo com sua idade, sexo e tipo de atividade diária. Todo exercício deve ser regular e moderado.



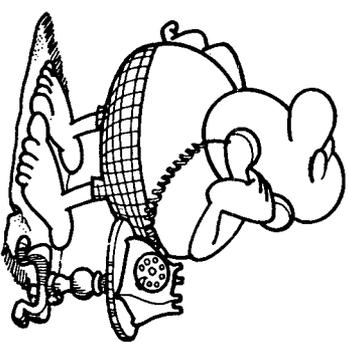
Cuidado para os Pés: Lavar diariamente os pés com água morna e sabão. Seque-os muito bem, com suavidade, especialmente os espaços entre cada dedo.



Terminando, aplique uma mistura de talco com ácido bórico. Limpar e cortar as unhas com regularidade. As unhas devem ser cortadas de forma reta e não muito curtas, usando para isso alicates especiais. A noite, massageie os pés com uma pomada à base de lanolina ou com creme. Usar sapatos de couro macio, que sejam cómodos. Se você observar mu-



danças de coloração nos pés ou tiver alguma lesão, comunique-se logo com o seu médico.



Coisas que NÃO devem ser feitas: Não use sapatos apertados. Não ande descalço. Não use liga nas pernas nem meias muito apertadas. Não corte os calos. Não use antissépticos fortes. Não use bolsas de água quente nos pés.



Higiene dos Ovidos: Não se deve nunca introduzir nos ovidos objetos pontiagudos com a finalidade de limpá-los. Quando o desejo fazer use um bastonete com ponta de algodão. Limpe exclusivamente o pavilhão da orelha e a parte mais externa do ouvido.



Higiene da Boca: Deve-se usar uma escova semi-dura e escovar cuidadosamente os dentes após cada refeição. É aconselhável fazer massagens nas gengivas com o dedo por meio de movimentos rotatórios da base ao bordo livre do dente. Visitar o dentista pelo menos duas vezes por ano.

Gravidez e Higiene Íntima: A paciente diabética, durante a gravidez deve ter uma estreita vigiância médica. É a melhor e a única forma de prevenir complicações na mãe e em seu filho. A mulher que possui diabete deve ser muito cuidadosa em sua higiene para evitar que apareçam "corrimentos" ou infecções.

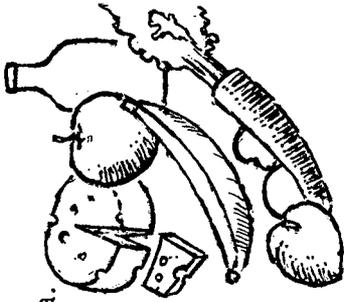


Autor:
Dr. Adalberto Parra Covarrubias, Pesquisador Associado, Divisão de Nutrição — Centro Médico Nacional — Instituto Mexicano de Seguro Social.

ALIMENTAÇÃO

O QUE COMER?

- Verduras (todos os tipos) de preferência folhas verdes.
- Verduras cozidas (legumes) com moderação.
- Frutas da época (com moderação).
- Carnes magras somente.
- Leite e derivados sem gordura.
- Arroz e semelhantes.
- (massas, batatas, alpim, farinhas, pães) diminuir a quantidade.
- Feijão e outras leguminosas diminuir a quantidade.
- Beber muita água ou chás de ervas naturais. Ex.: Jambolão, carqueja.



O QUE EVITAR

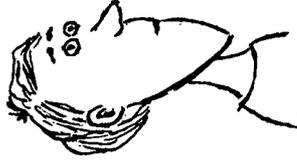
- Açúcar, doces, balas, bolos, pães doces, biscoitos doces.
- Refrigerantes, mel, melado.
- Evitar alimentos gordurosos.
- Frituras, carnes gordas.
- Observar cuidadosamente os ingredientes enlatados e embutidos.
- Pode substituir o açúcar por adoçante.
- Evitar bebidas alcoólicas até consultar com médico, nutricionista ou enfermeiro.

ALIMENTANTE

— bom funcionamento dos intestinos, água e incluindo verduras cruas, diariamente...e.



Secretaria de Estado da Saúde
Departamento Autónomo de Saúde Pública



?

O

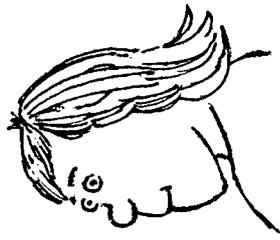
QUE

É

DIABETES?



?



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO AUTÓNOMO DE SAÚDE PÚBLICA
SERVIÇO DE DOENÇAS CRÓNICAS-DEGENERATIVAS
SERVIÇO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

COMO CUIDAR DO SEU DIABETES

O QUE É DIABETES? O Diabetes é uma condição na qual, por falta de hormônio chamado **insulina**, ocorre um aumento no sangue de um açúcar denominado **glicose**.

O nível normal da glicose no sangue, em jejum, é de aproximadamente 60 a 115 ml por 100 de sangue.

Pessoas que apresentam taxas acima deste valor tem hiperglicemia, e tem diabetes Mellitus. Esta doença é conhecida popularmente tanto como sangue doce ou urina doce.



QUAIS SÃO OS SINTOMAS?

Muita sede (polidipsia), muita fome (polifagia), urina muito (poliúria), emagrecimento, demora na cicatrização de ferimentos, fraqueza, dormência ou formigamento nas mãos e pés.

QUEM DESENVOLVE A DIABETES?

Vários são os fatores que contribuem para o desenvolvimento da diabetes, que são: Hereditariedade, **obesidade**, gravidez, stress, idade.

É mais freqüente em indivíduos com mais de 40 anos.



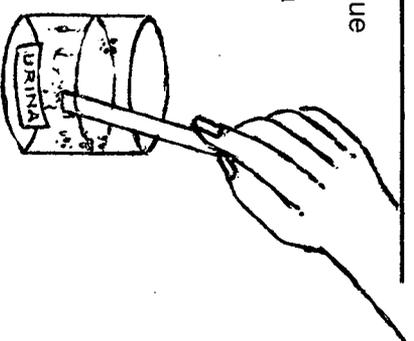
QUAIS AS COMPLICAÇÕES DO DIABETES?

O diabetes não controlado pode trazer sérios problemas de saúde, afetando:

- Os rins
- A circulação principalmente pés e pernas
- Olhos (pode levar à cegueira)
- Coma (quando a glicose estiver muito elevada).

COMO SABER SE TEM DIABETES?

- Através de exame de sangue (glicemia)
- Através de exame de urina (glicosúria).



Teste da Urina

COMO É O TRATAMENTO?

A chave para o bom controle da diabetes é o equilíbrio entre quantidade adequada de alimentos para manter o peso corporal, normal, exercícios físicos e, se necessário, o uso de medicamentos.

CUIDADOS GERAIS COM A SAÚDE

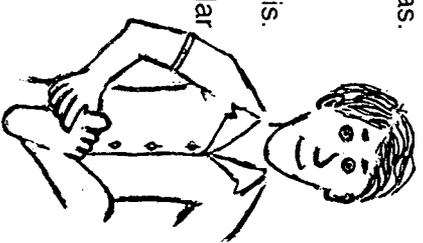
Cuidados com a pele: O diabético deve dar atenção especial a higiene pessoal, devido a possibilidade de infecções.

- No banho diário usar sabonete suave e água morna.
- Proteja a pele de arranhões, picadas e feridas.

CUIDADOS COM OS PÉS

Verificar diariamente quaisquer feridas.

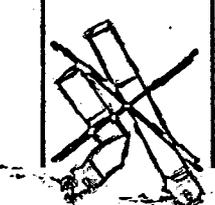
- Lavar diariamente com sabonete suave e água morna.
 - Cortar as unhas retas.
 - Usar sapatos de couro confortáveis.
 - Não andar descalço.
- Fazer exercícios** diários para estimular a circulação.



CUIDADOS COM OS DENTES

É importante para o diabético porque muitas infecções se originam na boca

O FUMO deve ser evitado



A alimentação do diabético é de fundamental importância para seu controle:

- As refeições devem ser de pequeno volume e freqüentes.
- De 5 a 6 refeições pequenas.

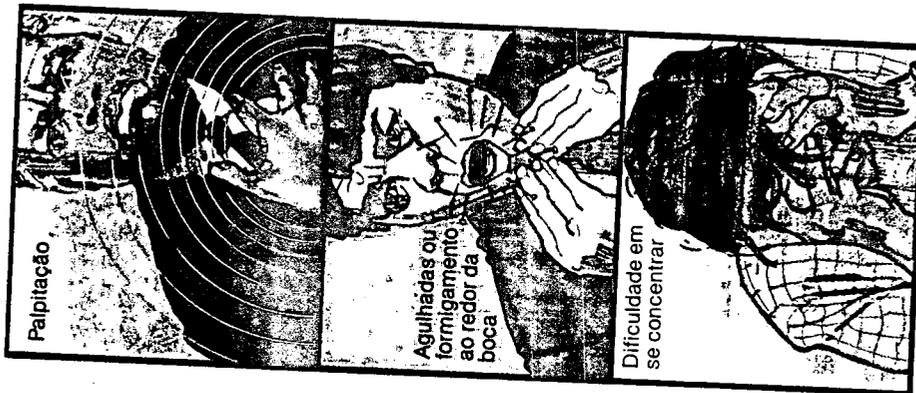
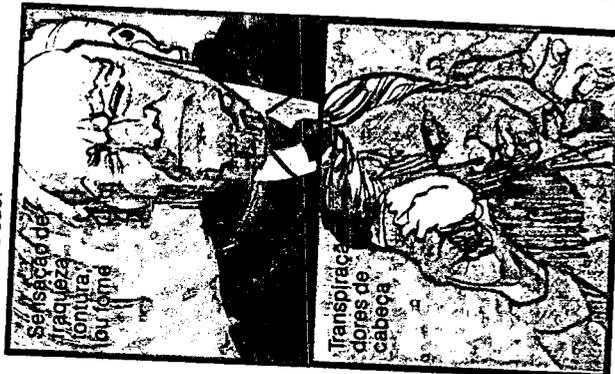


HIPOGLICEMIA

Baixos níveis de glicose no sangue

Ocasionalmente, diabéticos tratados com antidiabéticos orais podem ter problemas porque o nível da glicose no sangue cai demais. Isto pode ocorrer quando se suprime ou se atrasa muito uma refeição, ou se o diabético pratica algum exercício físico ao qual não está acostumado, de maneira muito vigorosa ou prolongada.

Os sintomas são:



Se não tratada a hipoglicemia pode causar:

- Comportamento estranho e agressivo
- Perda da consciência

Quando os primeiros sintomas aparecem, a pessoa deve ingerir rapidamente alguma forma de hidrato de carbono simples, como açúcar, balas, bombons, suco de frutas adoçado, mel, etc.

A quantidade necessária varia de um indivíduo para outro.

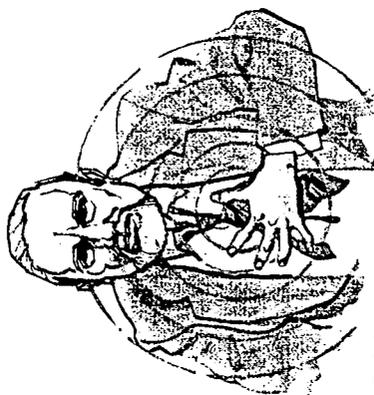
Nas hipoglicemias moderadas, por exemplo, 2 colheres de chá de açúcar em água ou suco de frutas podem ser suficientes.



Em seguida, deve-se comer algum alimento contendo hidrato de carbono: sanduíche, bolacha, etc. Ocorrências como estas devem ser sempre comunicadas ao médico.

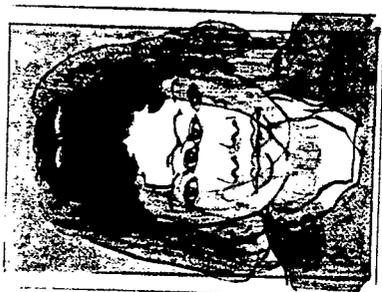
NOTA

Não utilizar bebidas ou sucos "especiais para diabéticos" para corrigir a hipoglicemia, pois os mesmos não contêm açúcar.



Palpitação ou batimento cardíaco acelerado

Visão dupla



Dor de cabeça



Letargia

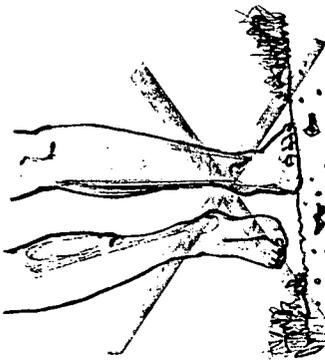
Para confirmar se estes sintomas são causados por hipoglicemia, é possível realizar-se testes com tiras reagentes apropriadas. Seu médico poderá fornecer-lhe a orientação necessária.



Mantenha sua unhas cuidadosamente aparadas, cortando-as em linha reta com uma tesoura apropriada. Após cortá-las, lixe-as bem, eliminando pontos aguçados



Examine seus pés diariamente, vendo se existem cortes, bolhas ou ferimentos, se necessário com o auxílio de um espelho.



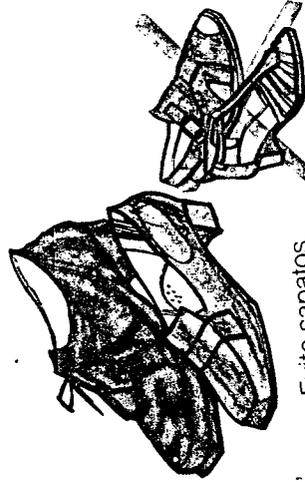
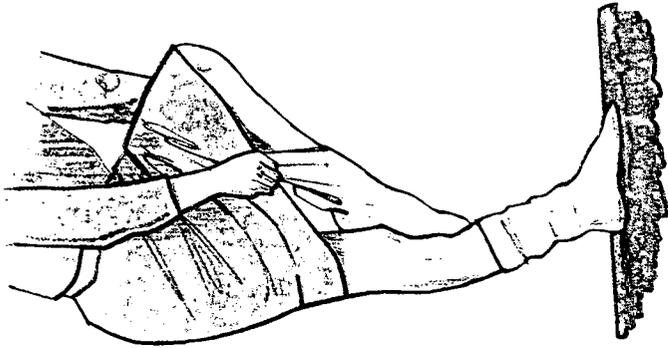
Nunca ande descalço, nem mesmo dentro de casa. Proteja seus pés se for nadar ou a uma praia.

Use sempre meias folgadas e limpas, apropriadas para cada ocasião, de preferência de algodão.

Não utilize bolsas de água quente para aquecer seus pés.



Procure usar sempre sapatos confortáveis. A adaptação a sapatos novos deve ser gradual, pouco tempo a cada dia, aumentando lentamente os períodos de uso.



Evite sapatos abertos ou sandálias.

Escala de conversão de U-100

Com a padronização das insulinas U-100 (Portaria nº 11 de 1º.09.89, publicado no Diário Oficial da União - 05.09.89, poderão faltar seringas U-100 de 1 ml ou 0,5 ml. Para evitar problemas/dúvidas a Becton Dickinson elaborou a seguinte escala de conversão:

Quantidade de insulina prescrita (frasco de U-100)		Seringa de insulina de escala de 40 U	Seringa de insulina de escala de 80 U	Seringa de vacina, alergia ou tuberculina
5 U	aspirar	2 U	4 U	0,05 ml
10 U	aspirar	4 U	8 U	0,1 ml
15 U	aspirar	6 U	12 U	0,15 ml
20 U	aspirar	8 U	16 U	0,2 ml
25 U	aspirar	10 U	20 U	0,25 ml
30 U	aspirar	12 U	24 U	0,3 ml
35 U	aspirar	14 U	28 U	0,35 ml
40 U	aspirar	16 U	32 U	0,4 ml
45 U	aspirar	18 U	36 U	0,45 ml
50 U	aspirar	20 U	40 U	0,5 ml
55 U	aspirar	22 U	44 U	0,55 ml
60 U	aspirar	24 U	48 U	0,6 ml
65 U	aspirar	26 U	52 U	0,65 ml
70 U	aspirar	28 U	56 U	0,7 ml
75 U	aspirar	30 U	60 U	0,75 ml
80 U	aspirar	32 U	64 U	0,8 ml
85 U	aspirar	34 U	68 U	0,85 ml
90 U	aspirar	36 U	72 U	0,9 ml
95 U	aspirar	38 U	76 U	0,95 ml
100 U	aspirar	40 U	80 U	1,0 ml



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
DEPARTAMENTO AUTÔNOMO DE SAÚDE PÚBLICA
DIRETORIA DE SERVIÇOS BÁSICOS DE SAÚDE

DIETA NA HIPERTENSÃO ARTERIAL

NA PRESSÃO ALTA A DIETA É IMPORTANTE



SERVIÇOS DE DOENÇAS
CRÔNICO-DEGENERATIVAS
SERVIÇO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

 INAMPS	<u>CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO</u> <u>DIABÉTICO</u>
NOME:	
ENDEREÇO:	
DATA DE NASC:	FONE:
CIDADE:	ESTADO:
MÉDICO:	
ENFERMEIRO:	

SRM-53

<u>ATENÇÃO: SOU DIABÉTICO</u>
FAÇO USO DE: _____ _____ _____
<p>Se eu for encontrado inconsciente ou com comportamento anormal posso estar tendo uma reação associada com Diabetes ou com o tratamento. Se eu puder engolir, dê-me açúcar, um doce, suco de fruta ou outra bebida doce. Se eu não puder engolir ou se minha recuperação não se der prontamente, chame um médico ou mande-me para um hospital imediatamente.</p>

SRM-53

**CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO
HIPERTENSO**

NOME:
ENDEREÇO:
DATA DE NASC: FONE:
CIDADE: ESTADO:
MÉDICO:
ENFERMEIRO:

SRM-51

ATENÇÃO: SOU HIPERTENSO
(Pressão Alta)

FAÇO USO DE :

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

PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM À PACIENTES PORTADORES
DE DIABETES MELLITUS / HIPERTENSÃO ARTERIAL
P.A.M. - ESTREITO

**MANUAL DE NORMAS E ROTINAS PARA A REALIZAÇÃO
DA CONSULTA DE ENFERMAGEM**

ADRIANA FARIAS DE OLIVEIRA*

CARLA LEÃO CORREIA*

PALMIRA MOMM*

RONALDO PERFOLL*

Florianópolis, outubro de 1990.

* acadêmicos da VIIIª Unidade Curricular do curso de Graduação em Enfermagem - UFSC - Flopis. S.C.

SUMÁRIO

	Página
I - INTRODUÇÃO.....	3
II - NORMAS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	4
III- ROTINAS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	8
IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	11
V - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	12

I - INTRODUÇÃO

Este Manual de Normas e Rotinas tem como objetivo auxiliar e dinamizar, bem como, garantir, a continuidade do atendimento prestado aos clientes portadores de hipertensão arterial e/ou diabetes mellitus, atendidos através da consulta de enfermagem neste programa.

O referido manual foi elaborado pelos acadêmicos: Adriana F. de Oliveira, Carla L. Correia, Palmira Momm e Ronaldo Perfoli. Ambos encontram-se matriculados na VIIIª Unidade Curricular do curso de Graduação em Enfermagem na U.F.S.C.. Contou também com a participação da professora e enfermeira Alacoque Lorenzini Erdmann; bem como, das enfermeiras atuantes no P.A.M.-Estreito: Jane Mª Veiga, Angela Mª de Lima Takano, Clarice Terezinha Schuster e Rosane R.T. Tabalipa.

Neste programa, a consulta de enfermagem é uma atividade exclusiva do(a) enfermeiro(a), haja visto que, segundo o art.8º da lei nº 7498, de 25/06/1986 e regulamentada em 08/06/1987, que dispõe sobre o exercício da enfermagem no Brasil, incumbe à realização da consulta de enfermagem como sendo função privativa do Enfermeiro (a).

Lembramos que as normas e rotinas contidas neste manual são flexíveis, não no sentido de que suas ações possam ou não ser executadas e sim de que cada ação está sujeita a alterações, tanto no tocante a substituição de determinados itens nele contidos quanto a inclusão de outros não previstos, se julgarmos importante no momento de sua execução.

II - NORMAS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM

1- CLIENTELA A SER ATENDIDA PELO PROGRAMA

Somente poderão ser inscritos os clientes que forem portadores das doenças crônicas: Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial Sistêmica.

2- POPULAÇÃO ATENDIDA

Este programa visa atender os clientes provenientes dos bairros que fazem parte da área de abrangência (atuação) do PAM-Estreito, encaminhados ou não pelos profissionais de saúde.

3- QUEM REALIZA A CONSULTA

Toda consulta de enfermagem deverá ser realizada somente por enfermeiro(a).

4- MARCAÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A marcação de consultas e reconsultas serão realizadas diariamente no próprio consultório de enfermagem onde o Programa se desenvolve, diretamente com a enfermeira atuante no referido programa.

Considera-se CONSULTA o 1º ou 2º contato do cliente com a enfermeira, quando será realizado a abertura do prontuário do paciente. Os demais contatos com esse paciente serão consideradas RECONSULTAS.

5- INSCRIÇÃO DO CLIENTE NO PROGRAMA

O cliente será inscrito no programa no momento da abertura do prontuário, ou seja, no momento da realização da consulta de enfermagem propriamente dita. Sendo este atendimento individualizado.

O cliente poderá optar em relação a sua inscrição ou não no Programa.

X

6- PREVISÃO DO TEMPO NECESSÁRIO PARA A REALIZAÇÃO DE CONSULTAS E RECONSULTAS, BEM COMO, NÚMERO DE ATENDIMENTO POR TURNO

Será destinado cerca de 50 minutos para cada consulta e 30 minutos para cada reconsulta de enfermagem. Entretanto, esse tempo pode ser ampliado ou reduzido se necessário for.

Será agendado 02(duas) consultas e 03(tres) reconsultas por turno para cada enfermeiro atuante no Programa.

7- ATENDIMENTO DIÁRIO

O atendimento será no turno matutino e vespertino. Sendo que antes de iniciar o atendimento propriamente dito, a enfermeira consultará a agenda onde estará contido os nomes, horários e número de pacientes que estão previstos para atendimento naquele turno. Os quais serão atendidos pela ordem de agendamento.

8- AGENDAMENTO DE RECONSULTAS

O cliente será agendado para retorno pela enfermeira, de acordo com a gravidade do problema apresentado pelo cliente, quando será levado em conta as necessidades básicas afetadas, bem como, o nível de conhecimento do cliente para a realização dos cuidados que se fizerem necessários para manter o problema compensado.

Para a marcação de retornos do cliente ao consultório de enfermagem deverá ser levado em consideração os seguintes aspectos:

- a) facilidade por parte de cliente para frequentar o ambulatório;
- b) condições econômicas do cliente;
- c) capacidade de apreensão do cliente;
- d) nível de conhecimentos do cliente em relação aos problemas levantados.

OBS.: Se o cliente se mantém compensado, os retornos serão marcados a critério da enfermeira do Programa que o acompanha.

9- ENCAMINHAMENTOS

Após a realização da consulta de enfermagem, a enfermeira fará os devidos encaminhamentos de acordo com as necessidades de saúde do paciente.

10- EXAMES COMPLEMENTARES

A requisição de exames complementares feitas pela enfermeira do Programa deverá ser solicitado de acordo com a necessidade de cada paciente. Quando então, será utilizado formulários específicos conforme padronização em vigor no ambulatório. Além disto, a enfermeira dará as devidas orientações ao cliente quanto aos cuidados necessários para a realização de tais exames, bem como, local e horário mais adequado.

O cliente deverá ainda, ser orientado para retornar ao consultório do Programa tão logo obtenha os resultados dos exames complementares solicitados.

11- CONFERÊNCIAS EM GRUPO

Todos os clientes que, segundo a avaliação da enfermeira, encontrarem-se em condições de frequentar reuniões, será convidado a participar das reuniões de associações de portadores de problemas semelhantes aos encontrados junto ao cliente.

As principais condições a serem observadas para o encaminhamento do cliente aos grupos são:

- a) que o cliente se encontre em condições psicológicas para debater os aspectos que envolvem seu problema ou de seu familiar;
- b) que o cliente esteja motivado e, portanto, aceite participar do grupo;
- c) que o cliente tenha disponibilidade de tempo e recursos financeiros para frequentar as reuniões ou cursos nos dias e horários previstos para tais eventos.

12- ATENDIMENTO À NÍVEL INDIVIDUAL E/OU FAMILIAR

a) À nível individual:

a.a) Atender os clientes através da consulta de enfermagem, obedecendo prioritariamente o agendamento e, na falta de alguns clientes já agendados, atender outros que por ventura estiverem presentes e que não haviam sido agendado previamente;

a.b) Obter junto ao cliente os dados necessários para o histórico de enfermagem, identificar os problemas, fazer o diagnóstico de enfermagem, elaborar um plano de assistência e registra-los no

prontuário, bem como, orientar ao cliente para que ele tome conhecimento dos cuidados a serem adotados;

a.c) Nas reconsultas, reavaliar os problemas levantados nas consultas anteriores e registrar no prontuário a evolução dos mesmos. Acrescentar no prontuário os problemas novos e dar continuidade ao plano assistencial programado para cada problema de cada paciente;

a.d) Ao término da consulta, agendar novo retorno de acordo com a gravidade dos problemas encontrados e disponibilidade do cliente;

a.e) Preencher diariamente o mapa de produção para fins estatísticos.

b) À nível familiar:

b.a) Fazer entrevistas com familiares sempre que necessário.

b.b) Orientar os familiares do paciente em relação aos cuidados a serem tomados à domicílio e, importância do retorno ao ambulatório sempre que necessário.

.....

III - ROTINAS PARA A CONSULTA DE ENFERMAGEM

1- Observar a higiene, iluminação, ventilação e demais condições ambientais para a realização do atendimento adequado a população.

2- Verificar a integridade, funcionamento de aparelhos, bem como, o número de mobiliário existente no consultório.

3- Consultar a agenda de marcação de consultas e reconsultas.

4- Checar e providenciar os materiais que se fizerem necessários para o atendimento da clientela, tais como:

- a) impressos;
- b) canetas;
- c) fitas reagentes para glicemia capilar e glicosúrias;
- d) glicosímetro (Glucometer), o qual será devidamente calibrado diariamente antes de iniciar o atendimento no primeiro turno.
- e) agulhas ou estiletes para coleta de amostra sanguínea para dosagem de glicemia capilar;
- f) folhas de papel absorvente (lenço de papel ou papel higiênico limpo e de cor branca);
- g) algodão em forma de pequenas bolas (torundas);
- h) álcool ou éter;
- i) água oxigenada;
- j) sabão líquido ou sabonete em barra;
- l) papel toalha;
- m) seringas e agulhas para insulina em abundância para distribuição a clientela diabética;
- n) copos plásticos (descartáveis) para coleta de urina para glicosúria;

o) esfigmomanômetro e estetocópio clínico em perfeito estado de funcionamento.

5-Atendimento a clientela:

a) recepcionar o cliente cordialmente;

b) caso tratar-se de novo cliente, matriculá-lo no livro de registros do Programa, quando então esse cliente receberá um número (registro, matrícula). Entretanto, se for reconsulta, apanhar o prontuário no arquivo existente no consultório do Programa.

OBS.: Os prontuários serão arquivados por ordem alfabética e não por nº de registro. O nº de registro será utilizado para identificação do paciente, e também, facilitar a contagem de clientes atendidos pelo programa.

c) destinar a cada novo cliente um número de registro com quatro (4) algarismos, obedecendo o critério de ordem crescente;

d) realizar coleta de dados junto ao cliente para a elaboração do histórico de enfermagem;

e) realizar teste de glicosúria e glicemia capilar em todos os pacientes suspeitos ou sabidamente de serem portadores de diabetes mellitus, desde que se tenha consentimento prévio do cliente;

f) verificar a P.A. de todos os pacientes atendidos, independente de serem consultas ou reconsultas.

OBS.: A P.A. dos pacientes será verificada quando estes estiverem na posição ortostática sentada e com o braço apoiado no sentido horizontal sobre um ponto de apoio.

g) levantar os problemas de enfermagem encontrados nos clientes;

h) orientar o cliente de acordo com o nível de interesse, bem como, necessidade de tais informações;

i) distribuir impressos explicativos gratuitamente para complementar as orientações referentes aos problemas de saúde apresentados pelos pacientes.

j) fazer os devidos encaminhamentos que se fizerem necessários;

l) agendar nova reconsulta para o paciente, de acordo com a necessidade e disponibilidade do referido paciente, bem como do profissional de enfermagem;

m) fornecer materiais que se fizerem necessários para o tratamento do paciente desde que ele não dispunha de recursos financeiros pa-

ra aquisição dos mesmos.

OBS.: Estes materiais serão fornecidos aos clientes desde que haja disponibilidade dos mesmos para distribuição gratuita à clientela participante do programa.

6- Realização das anotações complementares no prontuário do paciente, fichas de controle estatísticos e agendas.

7- Arquivamento do prontuário obedecendo a ordem alfabética das iniciais do nome e sobrenome de cada paciente inscrito no programa.

.....

IV - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Elaboramos este manual de normas e rotinas com intuito de beneficiar tanto os profissionais que dele farão uso, como da clientela a ser atendida pelo Programa.

Acreditamos que tanto as normas quanto as rotinas contidas neste manual são aplicáveis, portanto, poderá ser útil aos enfermeiros que irão dar continuidade a este programa.

Esperamos que, com o passar do tempo, este Programa venha a ser mais e mais aprimorado e não abandonado ou até mesmo extinto. A manutenção desse programa é algo de grande importância tanto para o Enfermeiro como ser profissional, como para os clientes que carecem deste tipo de assistência.

V - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1- CHERUBIN, Niversindo Antonio. Rotinas Hospitalares. 1ª ed. São Paulo: Sociedade Beneficente São Camilo, 1977.
- 2- LORENZETTI, Jorge & et alli. Caderno de Legislação/Documentos I Comissão de Legislação. Brasília : ABEn Central, 1987.

1- INTRODUÇÃO

A hipertensão arterial ou pressão alta é um problema muito comum entre os indivíduos. Sendo que 20% da população com 20 anos ou mais passam a apresentar hipertensão no decorrer da vida. Destes cerca de 50% desconhecem que têm tal problema. Mais de 90% dos hipertensos apresentam hipertensão primária. O res-tante desenvolve aumento da pressão san-guinea (hipertensão) do tipo secundária. A hipertensão arterial é um problema de fácil diagnóstico e de tratamento e-ficaz desde que seja descoberto e trata-do precocemente.

2-O QUE É HIPERTENSÃO?

Hipertensão é uma doença crônica e se manifesta através da elevação da pressão arterial, ou seja, pressão sistó-lica acima de 160 mmhg e/ou pressão di-astólica igual ou superior a 95mmhg em pelo menos duas verificações realizadas em dias diferentes.

3-CLASSIFICAÇÃO:

A hipertensão arterial pode ser clas-sificada em dois tipos: a) hipertensão arterial primária; b) hipertensão arte-rial secundária. Sendo que a hiperten-são primária não possui ainda uma causa conhecida, enquanto que a hipertensão secundária é aquela cuja causa é conhe-cida, como por exemplo, estreitamento renovascular, doença do parênquima re-nal, doença do coração, de glândulas en-dócrinas, das veias e artérias.

A hipertensão arterial é frequente-mente encontrada em pessoas da mesma fa-mília e com mais de 40 anos de idade ou mais.

4- FATORES QUE PODEM INFLUENCIAR NO AUMENTO DA PRESSÃO ARTERIAL:

- comer alimentos com muito sal;
- hábito de fumar;
- níveis elevados de colesterol;
- obesidade (pessoa muito gorda);
- tensão nervosa (estresse);
- uso de pílula anticoncepcional;
- ingesta de bebida alcoólica;
- pouca atividade física (sedentarismo);
- ser portador de diabetes mellitus;
- interrupção brusca no uso de drogas antihipertensivas;
- gravidez;
- outras.

5- SINAIS E SINTOMAS DA HIPERTENSÃO:

- dor de cabeça (cefaleia);
- cansaço ao menor esforço;
- nervosismo sem causa aparente;
- tonturas;
- falta de ar (dipnéia);
- inchaço no corpo (edema);
- perda passageira da consciência;
- dificuldade visual (escotomas cinti-lante);
- sangramento pelo nariz (epistaxe);
- sangramento gengival sem motivo apa-rente;
- dificuldade para dormir (insônia).

6- CONSEQUENCIAS DA HIPERTENSÃO CONS-TANTE:

A hipertensão constante pode levar ao comprometimento de órgãos importan-tes como: coração, vasos sanguíneos pe-riféricos, olhos, rins e cérebro.

7- AUTO-CONTROLE:

Dieta- passar a ingerir alimen- com

pouco sal e pouca gordura. De preferên-cia, evitar as gorduras de origem ani-mal, tais como: banhas, nata, manteiga, carnes gordas, gema de ovo, etc.

Para substituir o sal no preparo dos alimentos recomenda-se o uso de temperos caseiros a fim de tornar es-ses alimentos mais apetitosos. Os tem-peros mais indicados são: louro, alho, suco de limão, cebola, cebolinha, viná-gre, salsa, pimenta-do-reino, páprica, orégano, alecrim, mangericão, mostarda (folhas), coentro e hortelã.

Exercícios físicos- a atividade fí-sica é necessária para a manutenção da saúde, porém deve ser adequado à idade ao sexo e as condições físicas de cada indivíduo.

A atividade física diária deve ser constituída de caminhada lentas porém contínuas e gradativas, sempre em ter-reno plano, não subir escadas ou ladei-ras, não carregar objetos pesados.

Fatores que contribuem para a redu-ção do estresse:

- : deitar e levantar cedo;
- : descansar após as refeições;
- : evitar a realização de trabalhos for-çados;
- : procurar descobrir "o que" o deixa mais tenso, examinando suas atividades diárias em casa, no trabalho, etc, e então eliminá-lo do seu dia-a-dia.

: procurar maneiras alternativas para relaxar a tensão, como por exemplo, pas-sar, pescar, ouvir músicas, tricotar, desenhar, pintar, praticar exercícios de relaxamento, etc.

8- MEDICAÇÃO:

Existem muitos medicamentos destina-

DE FAO	NOME	SEXO	IDADE	NOVO	RETORNO	PROCEDENCIA	OBSERVAÇÃO
01	Somuel (Pacientemente) Duarte	M	43a	X	-	R. Gregório Curcio Veloz, 314, Fátima - F. J. P.	Doente diabético e hipertensão.
02	Bernardino A. Ferreira	M	57a	X	-	R. Juana Bonavita s/n (Próximo ao muro da Igreja - F. J. P.) Loteam. Sta. Teresinha 1286 - Barreiro	Doente Diabético - Hipertensão - Glicemia = HI 390. Tela Diab. - Hipertensão (União Domocilia)
03	Helio Cunha da Silva	F	41a	X	-	Rodovia. Sta. Teresinha 1286 Barreiro	Paciente Hipertensão PA = 15/9
04	Adelina Silveira Duarte	F	75a	X	-	150. Vila Primavera - Barreiro	Paciente Hipertensão e diabética 53 - 26/2
05	Justino Vitor da Silva	F	51a	X	-	R. Chaves 46 - Olinda I - São José	Diabético - Hipertensão (PA = 240/130 mmHg) (Consulte a clínica diabética)
06	Odilio Souza Macedo	M	55a	X	-	R. Vergilino Simões 52 - Barreiro	Doente diabético
07	Sauli Leuzinda de Silva	F	54	X	-	Rua. Duque de Bragança - Barreiro	Diabético + Hipertensão (PA 11x3)
08	Marcelo Silva	F	44	X	-	Rua. Antunes 46 - Bela Vista I - São José	Hipertensão (consulte diabético e diabético)
09	Hirigi de Oliveira	M	82	X	-	Rua. Pereira Tavares s/n - Bela Vista. 03	Hipertensão + isodisplasia (consulte diabético e diabético)
10	Alino Jofredo de Oliveira	F	41	X	-	" " " " " " "	Diabético insulino dependente + hipertensão (11"11)
11	José Costantino de Souza	M	59	X	-	Rua. Nomen José Curis, n. 78 Capim	Diabético + Resist. Gorduroso (H. J. P.)
12	Alvaro Fernandes de Souza	M	69	X	-	R. 56 Antunes n. 1249	Diabético - Hipertensão + Resist. Gorduroso
13	Orlando José Barbosa	M	63	X	-	R. Coimbra 462 Sincora Bupagé	Diabético + Hipertensão (PA. 14/11) HI
14	Nilson Heitor Tolentino	M	52	X	-	Rua. Carlos Mariano Q. 7 L. 18 n. 35	Hipertensão
15	Luise Duarte	M	21	X	-	Rodovia. Aqual 5/11 - Vila Primavera - São José	Diabético
16	Pedro Gomes Soares	M	64	X	-	Próximo ao muro da Igreja - Vila Primavera - São José	Diabético + hipertensão (PA = 17/10) 96.219
17	Olindina Simão de Farias	F	54	X	-	R. 68. João de Deus 1375 - Barreiro	Diabético + hipertensão (PA = 17/10) 41
18	Elza Mendes	F	43a	X	-	R. Dona Leocadia 804 Sincora Bupagé	Diabético + hipertensão (PA = 13/9) 41
19	Yvete Maria Botelho	F	49a	X	-	Estreito - F. J. P.	Hipertensão
20	Nilva Pithony	M	41a	X	-	Rua. Vila São José - F. J. P.	Paciente portadora de D.M. insulino dependente.
21	Valdir Teodoro Agostinho	F	64a	X	-	Barro: Capim - F. J. P.	Paciente portadora de D.M. insulino dependente.
22	Osvaldo N. Rocha	M	60 anos	X	-	R. Santa Clara n. 216 - Capim - F. J. P.	Consulte D.M tipo II
23	Augustina Ventura Felício	F	45	X	-	Rua. Souza Dutra n. 743. Estreito	Paciente hipertensão - Diabético
24	Osvaldina M. Silva	F	26a	X	-	Estreito - F. J. P.	Paciente portadora de diabete de gestação progressiva
25	Anna Jureza Espinosa	F	29a	X	-	R. Bela Fontana s/n - Jardim Eldorado	Doente Diabético
26	Ubaldira Curcio de Souza	F	70a	X	-	R. LUI N. 5 - Barreiro	Paciente hipertensão
27	Odete Coelho de Jesus	F	41a	X	-	R. Helder Pluma 115, Estreito	Paciente hipertensão
28	Minácia da Cunha	F	44a	X	-	Rod. São João 241 - Estreito	Paciente hipertensão + sandiopsis
29	Virgi Maria Machado	F	32a	X	-	R. 14 de Julho 285, Estreito	Paciente portadora de hipertensão arterial.
30	Maria Maria Brito de Brito	F	66 anos	X	-	Estreito - Primavera	Consulte D.M
31	Francisca Rosa Jacinto	F	42 anos	X	-	R. Domingos Barro - Barreiro	Paciente portadora de D.M
						R. Manoel José 441	Hipertensão
						R. Mar Del Plata 943 Barreiro	



INAMPS - SECRETARIA DE MEDICINA SOCIAL
SERVIÇO SOCIAL
Folha de Encaminhamento

Do: Serviço Social do Hospital de Pólis

Ao: Serviço de Atendimento aos Diabéticos

Solicitação: Solicitamos a gentileza de
incluir a Sra Rosa Vieira no
Programa de Atendimento aos
Diabéticos.

Informação: A mesma está recebendo alta
deste nosocomio e necessita da
continuidade ao tratamento em
ambulatorio

grata
atenciosamente

Data 24, 10, 90

MSP-46

Marion Medeiros da Rosa - 464.512-8
CHEFE DA SEÇÃO DE SERV. SOCIAIS
ASSISTENTE SOCIAL - CNAS 0400.128-000

RELATÓRIOS REFERENTES A VISITAS DOMICILIARES

INTRODUÇÃO

Estes relatórios visam relatar os principais acontecimentos ocorridos durante as várias visitas realizadas nos domicílios de quatro (4) famílias, as quais, em nome do princípio ético, passaremos a denominá-las apenas como famílias nº 1, nº 2, nº 3 e nº 4, e quando nos referirmos a alguns dos componentes em particular, faremos uso de siglas ou nomes fictícios.

Elaboramos heredogramas de cada família visitada, a fim de facilitar o entendimento do conteúdo dos relatórios individuais das famílias em questão.

Essas visitas foram efetuadas pelos acadêmicos Adriana F. de Oliveira, Carla L. Correia, Palmira Monn e Ronaldo Perfolli, para atender ao objetivo específico nº 5.2.3 contido no planejamento deste trabalho.

FAMÍLIA Nº 1

1 - Relatório referente a Primeira Visita Realizada a Família nº 1.

Esta família foi selecionada pelos acadêmicos Palmira e Ronaldo, para ser visitada, por se tratar de uma família composta por várias pessoas de diversas faixas etárias e com inúmeros problemas de saúde. Inclusive dentre eles há uma pessoa de 77 anos (4), hipertensa, acamada, com história de trombose venosa que, inclusive levou a amputação parcial do pé direito. Portanto, fica difícil deslocar essa paciente até o ambulatório.

O interesse pela nossa visita a família nº 1 partiu de uma das pessoas que é parte integrante daquela família (9), ou seja, C.M.S. A qual é portadora de D.M. e H.A.S. e foi atendida por nós no ambulatório. Naquela oportunidade C.M.S. pediu-nos para que fossemos visitá-la a domicílio para cortar as unhas da tia idosa.

Em 14/09/90, às 07:30 horas, dirigimo-nos ao P.A.M. - Estreito a fim de apanharmos o glicosímetro (glucometer) para ser utilizado na visita domiciliar agendada para às 09:00 horas da mesma manhã a família nº 1. Em seguida apanhamos um ônibus (transporte coletivo urbano) que levou-nos até o bairro onde está localizada a residência da referida família. Ao chegar naquele bairro tivemos certa dificuldade para localizar a residência procurada, haja visto que, não conhecíamos aquele bairro e, sempre que nos dirigiamos aos transeuntes ou moradores daquela localidade, esses alegavam desconhecimento no tocante aos nomes das ruas que compõem tal bairro.

Finalmente às 09:30 horas conseguimos encontrar a residência tão procurada.

Na oportunidade fomos bem recebidos por C.M.S. (com quem tínhamos agendado a visita), que nos apresentou aos demais familiares e, inclusive a M.S. (4). M.S. era realmente idosa, obesa, portadora de amputação parcial no pé direito e estava acamada. Esta ao ver-nos, chamou-nos para perto de seu leito, e então, passou a conversar demoradamente. Fez diversas queixas, comentários e perguntas ligadas a área da saúde. Inclusive pediu para que verificasse sua pressão arterial, frequência cardíaca, dosagem de glicemia capilar, e também, examinasse seus membros inferiores (M.M.I.I.), principalmente o pé direito, o qual sofreu amputação parcial há cerca de mais ou menos 1 ano, membro este que apesar de estar totalmente cicatrizado, M.S. manteve-o envolvido por um pedaço de tecido de algodão (pano).

M.S. demonstrou-se muito receptiva e interessada em receber novas informações a respeito dos problemas que a afeta intermitentemente.

Ao término dessa visita, tanto C.M.S. quanto M.S. expressaram verbalmente o quanto estavam satisfeitas em relação a nossa visita. Inclusive solicitaram-nos que retornássemos a aquela casa mais vezes. Foi então que aproveitamos a deicha para agendar nova data e horário da próxima visita.

2 - Relatório referente a Segunda Visita Domiciliar a Família nº 1.

Hoje, 21/09/90, às 14:00 horas, dirigi-me novamente ao domicílio da família nº 1, onde pretendia realizar o segundo

contato com os componentes daquela família.

Ao lá chegar, fui recepcionada por B.S. (20). A qual levou-me até o quarto onde M.S. (4) encontrava-se sentada no leito e com o pé esquerdo mergulhado em uma bacia contendo * chá de malva e voldo, conforme havíamos combinado na visita anterior.

Neste dia M.S. ao ver-me chegar, inicialmente cumprimentou-me efusivamente, em seguida passou a fazer diversos comentários referentes a seu estado de saúde. Inclusive, queixou-se de insônia e dor na face posterior da região cervical. Solicitou-me para que verificasse sua pressão arterial (P.A.) e frequência cardíaca (F.C.), pois acreditava estar com a P.A. elevada. Entretanto, após ter atendido a solicitação da paciente constatei que os níveis pressóricos encontravam-se iguais aqueles constatados na visita anterior, ou seja, 180/100 mmHg. Na oportunidade, questionei quanto a dieta e medicações em uso por M.S. Quando então a referida paciente respondeu-me que estava tomando apenas um dos dois medicamentos hipertensivos conforme orientação médica. Referiu estar alimentando-se com alimentos contendo pouco sal.

Em seguida, enquanto conversávamos sobre amenidades, aproveitei para fazer uma limpeza em torno das unhas dos artelhos do pé esquerdo, bem como, cortar parcialmente as respectivas unhas, conforme o combinado na visita anterior. Enquanto prestava esse cuidado, aproveitei para explicar a M.S. e B.S. O PORQUE daquelas unhas estarem tão espessas, bem como, o que e como fazer para mantê-las limpas, aparadas e sem risco de traumatismos ao serem manipuladas.

M.S. questionou-me quanto a possível causa daquele edema existente nos M.M.I.I. Nesse momento, recorri aos conhecimentos adquiridos através das aulas de patologia e fisiologia; de leituras de artigos especializados, realizadas durante o transcorrer deste curso de graduação. Em seguida, com o emprego de um vocabulário de fácil entendimento (comum) expliquei como ocorre o mecanismo que resulta na formação do edema, bem como, os principais fatores predisponentes de tal problema. Após ter ouvido minhas explicações, M.S. deu-se por satisfeita. Inclusive aceitou a sugestão por mim apresentada no tocante a mudança periódica de postura física a fim de reduzir a compressão dos vasos sanguíneos e linfáticos dos M.M.I.I.

M.S. após ter testado a posição de Fowler (improvisada com cobertores dobrados e almofadas), referiu ter gostado de tal posição, pois a mesma era muito confortável.

Mais tarde, M.S. manifestou desejo em sair do leito e sentar-se na cadeira. Pois, segundo a paciente há muito tempo não fazia isso. Como M.S. é obesa e totalmente dependente, solicitei ajuda de familiares da referida paciente para transportá-la do leito para a cadeira de rodas. Após termos conseguido colocar M.S. na cadeira (o que não foi fácil), levei-a até a entrada principal daquela residência. Ao lá chegar, M.S. olhou para mim, chorando, disse "foi Deus que mandou você aqui ... só você mesmo é capaz de fazer uma coisa tão boa assim prá gente. Sabe quanto tempo faz que eu não vinha mais aqui na frente de casa? ... mais de um ano ... desde que eu fiquei doente e que cortaram o meu pé. Eu não sabia mais o que era vir na rua e ver como estão as coisas aqui fora. Eu só via as coisas que se passava na frente daquele burquinho ... que é a janela de meu quarto. Eu pensei que nunca mais ia poder

sair e ver as coisas aqui fora. Só você mesmo pra ter coragem e vontade pra me tirar daquele quarto. Obrigada. ... que Deus e a virgem santíssima lhe ilumine e lhe recompense por isso que tais fazendo por mim. Como a rua e as casas estão lindas. Antes eu conhecia todo mundo".

Após ter ouvido em silêncio este estenso relato de M.S., incentivei-a a tentar sair mais vezes do leito (com o auxílio de familiares). Mais tarde a paciente pediu-me para que conduzisse sua cadeira novamente para o interior do lar onde juntas tomamos café. Em seguida ela quis retornar para o quarto e ao leito. Quando então, novamente tive que recorrer aos familiares para recolocá-la no leito. Já no leito M.S. optou pela posição de Fowler, como eu havia sugerido anteriormente.

Posteriormente agendamos data e horário da próxima visita. Em seguida despedi-me de M.S. e demais familiares.

Observação: Nesta visita não foi possível dialogar com C.M.S. (9), haja visto que a mesma estava ausente, ou seja, estava no trabalho.

3 - Relatório referente a Terceira Visita a Família nº 1.

Em 29/09/90, às 09:15 hs. cheguei ao domicílio da família nº 1 para realizar nosso contato com aquela família, principalmente com M.S. (4).

Ao lá chegar, fui recebida por duas filhas de C.M.S. ou seja, 17 e 20 do heredograma. As quais em seguida conduziram-me até o quarto de M.S. que encontrava-se novamente sentada no leito e, ao ver-me chegar começou a sorrir e disse "entre minha filha. Que bom que você veio".

Em seguida conforme acontecera nas visitas anteriores, após um breve diálogo sobre amenidades, a pedido de M., verifiquei sua pressão arterial e pulso. Na oportunidade os níveis pressóricos dela eram 200/110 mmHg.

Posteriormente, a paciente solicitou-me que retirasse-a novamente do leito. E assim procedi, é claro, com o auxílio de familiares. Nesse dia foi possível levar M.S. para dar um breve passeio (de cadeira de rodas) na rua existente em frente a residência da família em questão.

Mais tarde, após ter recolocado M.S. no leito, voltei a verificar a P.A. da mesma, cujos dados eram 160/70 mmHg.

Na oportunidade a paciente referiu estar sentindo-se muito satisfeita pelo passeio que acabara de fazer. Neste momento optei por encerrar essa visita.

Observação: Nesse dia novamente não consegui falar com C.M.S. (9), pois a mesma estava no trabalho. Enquanto que J.S. (19) encontrava-se repousando em seu quarto.

4. - Relatório Referente a Quarta Visita a Família nº 1.

Hoje, 12/10/90, às 09:00 horas, chegamos a residência da família nº 1, para um novo contato com aquelas pessoas. Ao chegar lá para nossa surpresa, fomos recepcionados por C.M.S. (9). Nesse momento M.S. (4) ao ouvir nossa voz, chamou-nos para junto dela. Quando então, chorando expressou: "... foi Deus, minha filha que mandou você aqui hoje. Eu estava te esperando como quem espera Deus. Eu quero sair hoje mesmo dessa casa ... porque essa minha sobrinha (C.M.S.) que criei como se fosse minha filha agora deu para me bater. Ela me deu um tapa na boca ontem e pelo jeito vai ficar me batendo sempre. Eu não quero fi-

car mais aqui ...".

Neste momento C.M.S. ao ouvir todas estas queixas e acusações feitas por M.S. retornou ao quarto de M.S. quando então, passaram a discutir e trocar palavras agressivas, inclusive, C.M.S. ameaçou agredir fisicamente M.S. com um chinelo. Nesse momento, senti necessidade de intervir, haja visto que o clima de tensão existente era insustentável. Optei por manter-me neutra enquanto ouvia as pessoas envolvidas separadamente, haja visto que, dialogar com as duas pessoas juntas naquele momento era inviável.

Após ter ouvido as partes envolvidas, constatei que a principal causa de todo este conflito era o local utilizado para dar banho em M.S. no dia anterior. Pois M.S. não gostou da banheira construída para banhá-la, preferindo receber banho no leito. Porém C.M.S. nega-se a banhá-la no leito. E assim, formou-se o impasse entre elas. Impasse este que para ver solucionado optei por sugerir que os tais banhos fossem realizados uma vez no leito e outra na banheira, onde há também um chuveiro elétrico. Essa sugestão, a princípio foi aceita por ambas as partes envolvidas. Entretanto só me resta aguardar até a próxima visita, para constatar se, realmente, resolveram tal problema ou não.

Quando o clima estava menos tenso, optei por encerrar essa visita tão tumultuada.

Observação: Nesse dia a P.A. de M.S. (4) era de 240/140 mmHg, enquanto que a P.A. de C.M.S. (9) era 220/100 mmHg. e a glicemia capilar estava em 213 mg/dl. Estes dados foram colhidos cerca de aproximadamente 60 minutos após o ápice da discussão.

Durante o transcorrer desta visita eram bastante evidentes os sinais de tensão na face e mãos de M.S. (4) e C.M.S. (9).

Informações complementares referente a Família nº 1.

Esta família é composta por inúmeras pessoas (11 pessoas) de diferentes faixas etárias e que no heredograma recebem os seguintes números: 4, 9, 15, 17, 18, 19, 20, 22, 23, 24 e 25. As quais residem em uma casa de alvenaria contendo rede de energia elétrica, água e esgoto canalizado. Quanto ao poder aquisitivo (econômico) da família, é regular, haja visto que apenas três (03) pessoas estão trabalhando atualmente. Os problemas de saúde referidos por alguns dos componentes da referida família são:

- . Diabetes mellitus = 02 pessoas (9 e 19);
- . Hipertensão arterial = 02 pessoas (4 e 9);
- . Trombose venosa = 01 pessoa (4);
- . Deficiência mental = 01 pessoa (9);
- . Problemas psiquiátricos = 03 pessoas (18, 19 e 20).

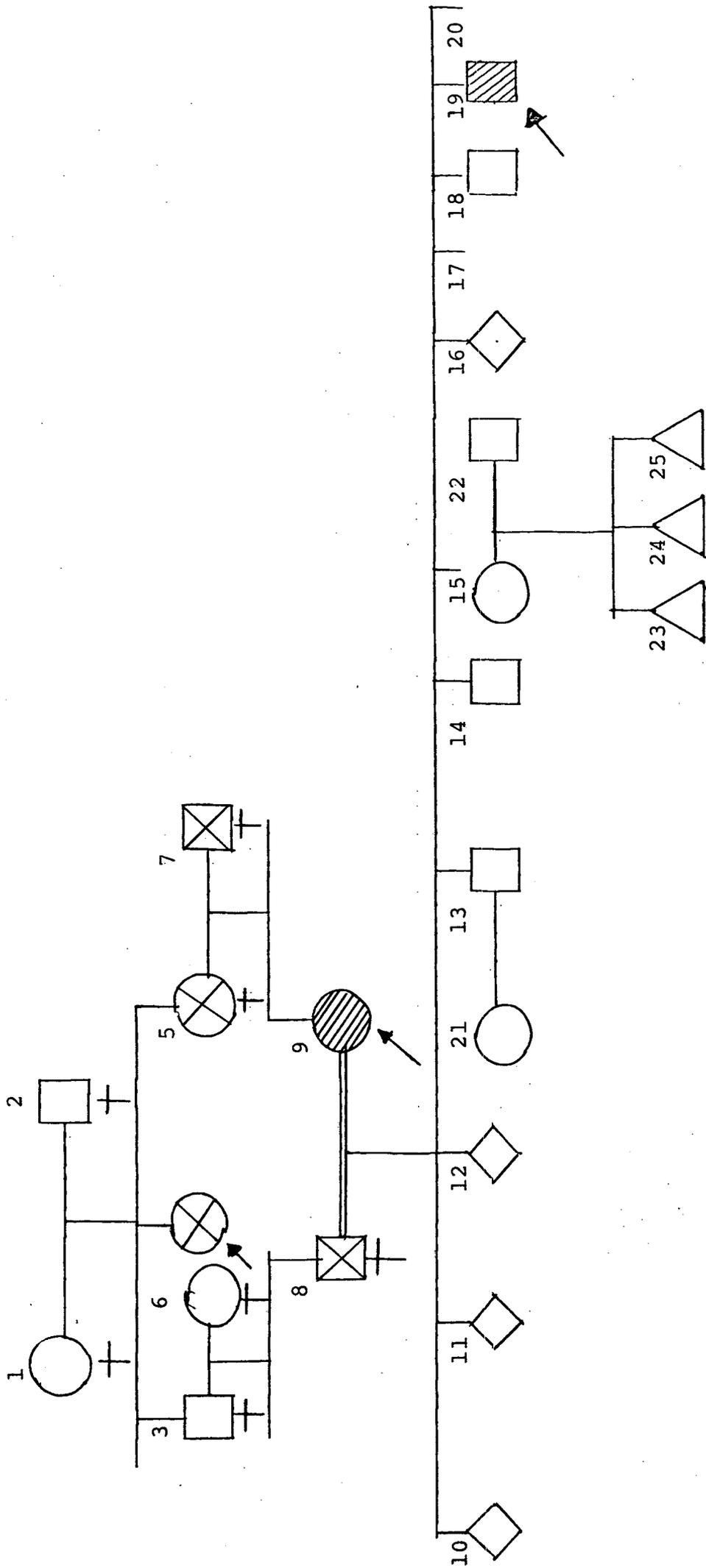
Durante a realização dessa visita foi possível observar a existência de sérios conflitos entre as pessoas daquela família. Inclusive, por diversas vezes, os diálogos eram interrompidos devido as grandes divergências de opiniões e linhas de pensamentos. M. S. tentou de todas as formas ser o centro das atenções, pois sempre que eu (Palmira) iniciava uma conversa com outra pessoa daquela família, ela intervinha de forma opositora.

Acadêmicos Visitadores:

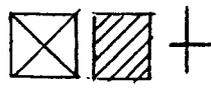
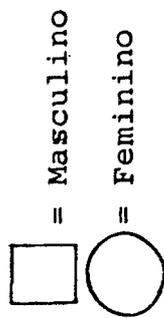
- Palmira Monn

- Ronaldo Perfoli

HEREDOGRAMA DA FAMÍLIA Nº 1



LEGENDA:



= História de Hipertensão Arterial Sistêmica

= Portador de Diabetes Mellitus

= Morto

= Óbito na Infância

= Casamento Consanguíneo

= Crianças menores de 10 anos

FAMÍLIA Nº 2

1 - Relatório Referente a Primeira Visita Domiciliar Realizada a Família nº 2.

Esta família foi por mim selecionada para ser visitada à domicílio por se tratar de uma família composta por um casal de 82 e 71 anos e uma neta de aproximadamente 28 anos (6). O referido casal de idosos é formado pelas pessoas cujas iniciais e respectivos números no heredograma são: H.C.O. (1) e A.G.O. (2). O primeiro é sabidamente portador de hipertensão arterial sistêmica (H.A.S.) e insuficiência cardíaca (I.C.) , inclusive faz uso de marcapasso cardíaco artificial. Enquanto que sua esposa A.G.O. é também portadora de H.A.S. que vem a se somar com o quadro de diabetes mellitus insulino dependente (tipo I). Como se não bastasse, em fevereiro de 1990 teve toda a parte distal da perna esquerda amputada devido a um processo infeccioso naquele membro, após ter sofrido traumatismo (pancada) acidentalmente durante atividades domésticas.

A ausência do membro amputado esta gerando muitos transtornos no tocante a deambulação. Pois como A.G.O. não possui perna mecânica, e também, não consegue locomover-se com auxílio das muletas (que lhe arrançaram), a mesma se sente obrigada a engatinhar sempre que deseja deslocar-se de um lado para outro.

Observação: Apesar dessa difícil forma utilizada para deambular, A.G.O. não abre mão de realizar praticamente todas as atividades domésticas.

A.G.O. já foi vítima de um A.V.C. há alguns anos, e que graças as inúmeras sessões de fisioterapia, aparentemente não ficou com seqüelas.

Essa visita foi agendada com antecedência e de comum acordo com E.V. (neta do casal), atendida por mim no ambulatório do P.A.M. - Estreito. A qual havia ido em busca de seringas e insulina para a avó conforme de costume.

Em 27/09/90, às 09:00 horas, conforme agendamento prévio, cheguei ao domicílio da família em questão. Na oportunidade fui recepcionada com muita cordialidade por H.C.), A.G.O. e E.V. (6). Após os cumprimentos de praxe passei a expor ao casal os motivos pelos quais estava a visitá-los. Na oportunidade tanto H. quanto A. demonstraram interesse em receber maiores informações referentes ao problema de saúde que os afetam, bem como, satisfação por poder contribuir para o sucesso de meu trabalho.

O diálogo entre nós deu-se de maneira natural, franca, direta e portanto, muito proveitosa. Procurei deixá-los inteiramente a vontade para discutir aquilo que quisessem, independente de estar ligado aos problemas de saúde apresentados, ou não.

Durante essa visita foi possível constatar a veracidade da história do casal contada anteriormente pela neta no ambulatório. Verifiquei a pressão arterial e frequência cardíaca do casal, conforme solicitação dos mesmos. Entretanto não foi possível verificar a dosagem de glicemia capilar de A.G.O., haja visto que o glicosímetro estava sendo utilizado pelos meus colegas em uma outra visita. Portanto, só me restou agendar nova data e horário para visitá-los, quando então levaria tal aparelho. Em seguida dei por encerrado esse primeiro contato com a família nº 2.

2 - Relatório Referente a Segunda Visita a Família nº 2.

Em 08/10/90, às 15:00 horas, apesar de ser feriado, retornei a residência de H.C.O. e A.G.O. conforme agendamento realizado durante a visita anterior.

Nessa ocasião fui novamente muito bem recepcionada pelo casal. Em seguida demos início a mais um diálogo informal, cujos temas foram variados. Aproveitei para responder a várias perguntas formuladas pelo casal. Reforcei algumas orientações que se fizeram necessárias em relação ao auto-controle da P.A., haja visto que os níveis de P.A. de A.G.O. estavam elevados em relação aqueles captados durante a visita anterior. Realizei o teste de glicemia capilar em A.G.O. conforme o combinado anteriormente.

Após investigação junto ao casal sobre o PORQUE de A.G.O. não fazer uso das muletas para deambular, pude constatar que A. não faz uso das muletas para locomover-se por dois motivos principais, que são:

- a) O tamanho das muletas não são adequados para utilização pela paciente;
- b) A. não recebeu treinamento adequado para deambular com as muletas.

Com base nos problemas por mim constatados em relação a deambulação de A., optei por incentivar H.C.O. a levar a esposa até um centro de reabilitação física afim de lá receber treinamento específico para suprir suas reais necessidades, bem como, regular adequadamente as muletas para uso pela paciente em questão.

Às 17:20, após ter-me colocado a disposição da família

para sanar dúvidas que por ventura venham a ter em relação aos problemas de saúde existentes, optei por encerrar essa visita.

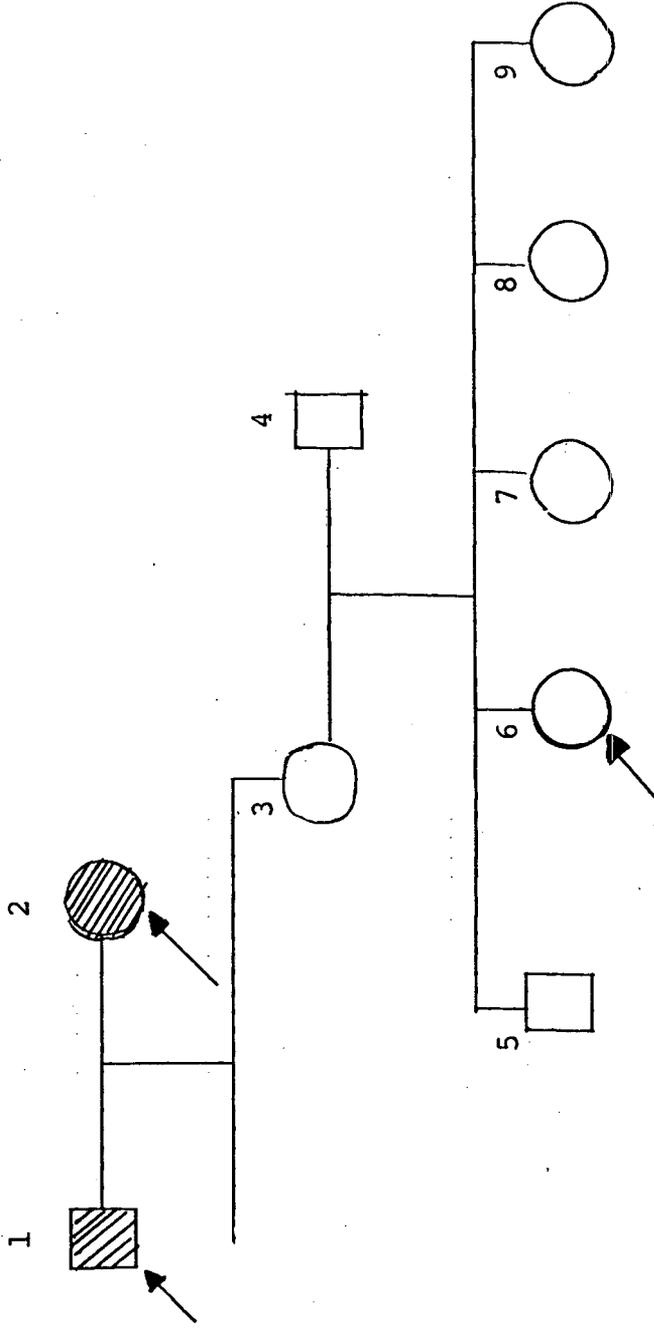
Conclusão.

Após este segundo contato posso concluir que os membros dessa família 2, procuram manter um excelente relacionamento conjugal e familiar. E as orientações médicas e de enfermagem são seguidas quase que rigorosamente.

Acadêmica Visitadora:

* . Palmira Monn

HEREDOGRAMA DA FAMÍLIA Nº 2



LEGENDA:

□ = Masculino

○ = Feminino

◐ ou ◑ = Portador de Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.)

◒ = Portador de Diabetes Mellitus (D.M.)

FAMÍLIA Nº 03

1 - Relatório Referente a Primeira Visita a Família nº 3.

A visita foi realizada no dia 02/10/90, às 15:00 horas, na rua Irmã Bonavita, s/nº, Bairro São João.

O sr. Bernardino reside em casa própria de madeira com 1 quarto e 1 cozinha. Onde toda a família (3 crianças e 2 adultos) moram. As duas crianças mais velhas dormem em colchonetes na cozinha e o pequeno dorme com os pais. Sendo que na casa da frente (também de madeira), mora o pai de sua mulher, onde a casa tem todos os compartimentos necessários, e o banheiro onde todos realizam suas necessidades é nesta casa.

No quintal, onde as crianças brincam, as condições de higiene são precárias pois eles fazem criação de patos e galinhas. E ao lado de sua casa ainda passa um riozinho de esgoto que só agora foram colocados tubos, mas mesmo assim ainda * existem ratos e cobras que possuam à vontade.

Ao chegarmos em sua casa, o Sr. Bernardino referiu ter passado muito mal pela manhã, a ponto de ter ido até o Hospital Florianópolis, onde queixou-se de ter sido muito mal atendido.

Relatou estar sentindo muita fraqueza, tontura, visão turva e tremedeira. Relatou também estar tomando os medicamentos para pressão alta e que deixou de tomar a insulina por 1 dia, para ver se com isso seu quadro melhorava. Sua esposa foi até a farmácia homeopática e comprou um remédio (líquido) que abaixasse a glicose no sangue (hipoglicemiante).

Foi aí então que verificamos sua glicemia capilar e constatamos que a mesma apresentava-se em 329 mm%, sua P.A. = 130/80 mmHg.

O sr. Bernardino relatou que o médico do Hospital Florianópolis, receitou-lhe Vertir, só que ele não sabia para que servia esse medicamento. Foi ai então que disse a ele que iria verificar no DFE (Dicionário de Especialidades Farmacêuticas), e depois explicaria melhor sobre o medicamento, pois a dúvida dele é se realmente deveria ou não tomar o medicamento.

O sr. Bernardino relatou ter se alimentado de carne de porco no final de semana, e que estava comendo 1 fatia de pão de centeio no café da manhã. Então orientamos novamente quanto à sua dieta, exercícios e quanto aos medicamentos.

O mesmo relatou estar tomando chás para diabete e pressão alta (sete sangria, jambolão e uma outra erva que ele não sabia o nome).

Foi orientado que continuasse com os chás, porém que não deixasse de tomar a insulina e os medicamentos até a ordem médica.

Foi orientado que retornasse ao PAM para uma nova avaliação.

O mesmo nos comunicou que seu sogro também tem problema de pressão alta (hipertensão) e que já teve um derrame, e tem também problemas cardíacos. Foi então que verificamos sua P.A. e constatamos que a mesma se apresentava em 160/110 mmHg. E sua sogra faleceu há 7 meses por consequência da Diabetes Mellitos.

2 - Relatório Referente a Segunda Visita a Família nº 3.

Visita realizada no dia 05/10/90 às 14:30 horas.

Observação: O sr. Bernardino compareceu no dia 04/10/90 no Ambulatório do PAM para exames e foi encaminhado para o médico, onde o médico avaliou e aumentou a sua quantidade de insulina de 20 para 40 U de NPH 100.

Ao chegarmos em sua casa pude verificar que o mesmo estava aparentemente bem, porém ele me explicava que sentia algumas tonturas e dores nas pernas.

Realizamos o exame de glicemia capilar e constatamos que o mesmo apresentava-se em 100 mg dl% e sua PA estava em 130/70 mmHg. Continuou se queixando de dores nas pernas, então orientei-o a fazer um relaxamento de 15 a 30 minutos 2 x/dia. Expliquei-lhe como fazer, e também orientei quanto aos cuidados com os pés e a escavação dos dentes.

Pedi para que realizássemos o exame em seus filhos, esposa e sogro, cujos resultados são:

- . Esposa (Roseli) = 175 mmdl%;
- . Sogro (Artur) = 119 mmdl%;
- . Filho menor = 129 mgdl%;
- . Filha menor = 180 mgdl%;
- . Filho maior = 95 mgdl%.

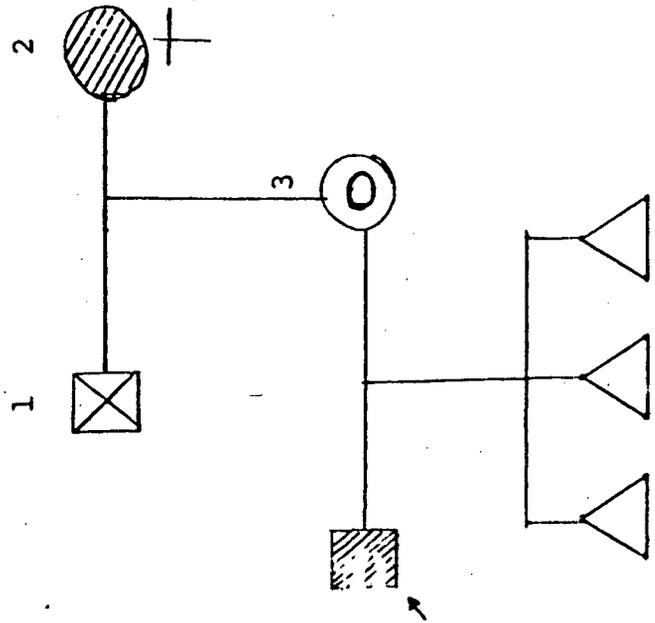
Foi orientado que levasse as crianças em jejum (as 2 crianças que estavam com a glicose alterada) em sua próxima consulta conosco, para a realização de novos exames e constatação ou não do Diabetes nas crianças.

Observação: Foram realizados novos exames nas crianças e não houve constatação de diabetes no pequeno, e na outra criança, ainda continuava alterado, então fiz uma solicitação de exame de glicemia para diabetes e foi constatada que a glicemia estava em 90 mgdl%.

Acadêmica Visitadora:

. Carla Leão Correa

HEREDOGRAMA DA FAMÍLIA Nº 3



LEGENDA:

□ = Masculino

○ = Feminino

▨ ou ◐ = Portador de Diabetes Mellitus (D.M.)

† = Morto

○ = Feminino adulto grávido

△ = Crianças menores de 10 anos

⊠ = História de Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.)

FAMÍLIA Nº 4

1 - Relatório Referente a Primeira Visita a Família nº 1.

Chegamos a casa do seu Bernardino por volta das 15:00 horas. O mesmo estava na frente da casa sentado no chão, enquanto sua esposa colocava barro num carrinho de mão. Cumprimentamos o seu B., que nos convidou para entrar.

No quintal as condições de higiene não são boas pois existe criação de galinhas e patos.

A casa do seu Bernardino fica nos fundos da casa da sogra. A casa tem uma cozinha e apenas 1 quarto, são cinco os integrantes da família (casal + 3 filhos), devido a falta de mais cômodos na casa as pessoas que nela residem ficam apertadas na hora de dormir.

Depois de realizada a consulta com o seu Bernardino, a esposa do mesmo informou que o pai era doente e nos pediu para que se verificasse a pressão arterial do seu pai.

O filhinho do casal foi chamar o seu Artur que estava na casa da frente.

O seu Artur nos cumprimentou e se mostrou resistente quanto a verificação da P.A. Eu particularmente comecei a conversar com ele para deixá-lo mais a vontade, facilitando assim a minha consulta.

Depois de alguns minutos de conversa me informou que teve A.V.C. há + 2 anos, que houve hemiparesia do lado esquerdo, conforme orientação do médico depois de alguns meses realizando exercícios em casa, começou a movimentar o lado direito.

Além do A.V.C. referiu ter problemas cardíacos e hipertensão. Faz uso de medicação para ambas as patologias. Para o controle da hipertensão arterial toma hidroclorotiazida e o remédio para o problema cardíaco não soube informar o nome da medicação. Nos informou que faz dieta utilizando pouco sal, pois faz as refeições na casa da filha, que coloca pouco sal na alimentação, já que o marido também é hipertenso. O mesmo relatou que costuma caminhar uma hora por dia sempre pela manhã.

Informou que sua esposa faleceu há 7 meses de diabete, nos disse que ficou internada 1 mês no Hospital Universitário e a cada dia que passava piorava cada vez mais. Depois da morte da esposa a filha, o marido e os netos passaram a morar com ele.

Foi verificado a pressão arterial que estava 160/110 mmHg. Não foi realizado o teste de glicemia capilar pois o mesmo tinha recém-tomado café da tarde. Combinamos então de realizar o mesmo na próxima visita.

Constatamos que os pés do seu Artur apresentavam-se cianóticos mais nas extremidades, nos disse que aquilo apareceu depois que descobriu que tinha doença do coração.

Marcamos a próxima visita para sexta feira da mesma semana.

2. Relatório Referente a Segunda Visita Realizada a Família nº 4 em 05/10/90.

Chegamos na casa do Sr. Bernardino às 14:30 horas. Na frente da casa encontra-se o seu Artur espalhando barro no terreno, a receptividade quanto a nossa presença foi bem me-

lhora que a visita anterior, o mesmo chegou até a fazer brincadeiras conosco. Nos disse que o Sr. Bernardino estava na casa dele nos aguardando, falou que assim que lavasse as mãos ia juntar-se a nós.

O Sr. Bernardino estava sentada a mesa da cozinha conversando com a esposa. Realizamos o exame de glicemia capilar no Sr. Bernardino, o mesmo nos pediu para que fizéssemos a glicemia capilar nos seus filhos e na esposa.

Logo em seguida chegou o Sr. Artur para que eu realizasse sua glicemia capilar, disse-me que não tinha tomado o café, pois seguiu a orientação prestada na visita anterior.

O resultado da glicemia capilar foi de 119 mg/dl.

Verifiquei sua pressão arterial que estava 170/80 mmHg.

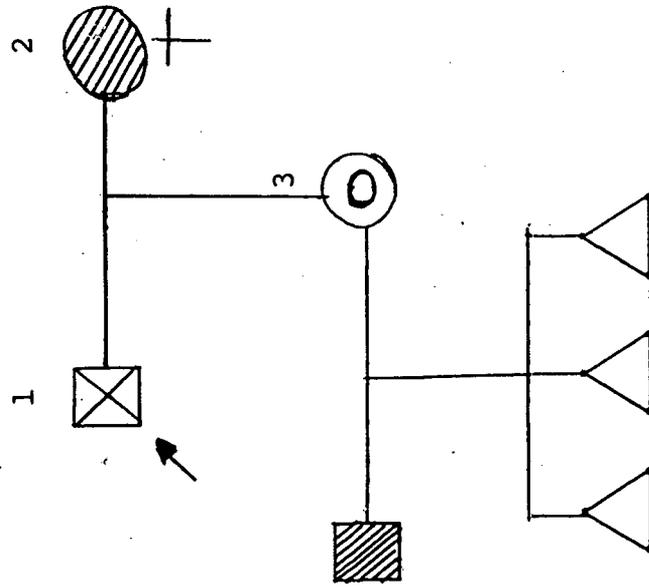
Nesta visita aproveitei para frisar novamente a importância da dieta, exercício físico e o uso de medicação na hipertensão arterial, procurei dar informações simples para que o mesmo as captasse da melhor maneira possível.

No final da visita o Sr. Artur agradeceu a nossa presença e os cuidados que prestamos a sua família e disse-nos que qualquer dia ia nos fazer uma visita no PAM pois gostou muito da gente.

Através dessas visitas domiciliares constatei que muito se pode fazer por pacientes crônicos, pois nosso conhecimento serve de impulso para que os mesmos superem sua cronicidade, levando uma vida normal, quanto qualquer outra pessoa saudável.

Acadêmica Visitadora: Adriana F. de Oliveira

HEREDOGRAMA DA FAMÍLIA Nº 4



LEGENDA:

□ = Masculino

○ = Feminino

▨ ou ◐ = Portador de Diabetes Mellitus (D.M.)

† = Morto

◉ = Feminino adulto grávido

△ = Crianças menores de 10 anos

⊠ = História de Hipertensão Arterial Sistêmica (H.A.S.)

ESTRESSE X HIPERTENSÃO ARTERIAL



ESTRESSE E HIPERTENSÃO ARTERIAL

O estresse é algo que sempre esteve presente na história do homem, ou seja, desde a era primitiva até a atual (contemporânea). Entretanto, com o passar dos tempos, têm ocorrido variações quanto a maneira do referido estresse se manifestar, bem como, a forma do homem reagir ao mesmo. Atualmente, em virtude dos valores culturais e sociais vigentes que estabelecem regras de convivência e controle social obrigam o homem a responder com moderação, ou seja, dar uma resposta social frente a situações estressoras. No entanto, cada pessoa tem uma maneira peculiar de responder e reagir ao estresse. Reação esta que depende muito da estrutura de personalidade que se desenvolve ao longo da vida de cada indivíduo. Há quem encara de frente as situações aversivas, enquanto que outros simplesmente adaptam-se ou deprimem-se. Porém, independente da maneira utilizada pelo indivíduo para enfrentar o estresse, há uma integração de fatores fisiológicos, psíquicos e sociais comuns a todos. Fatores estes que, por intermédio do sistema nervoso autônomo, gera modificações nos níveis de equilíbrio orgânico e psíquico, quebrando assim a homeostase. Neste caso a alteração dos níveis da pressão arterial é um dos primeiros sinais a se manifestar na pessoa estressada.

O estresse por si só é capaz de desenvolver crises de hipertensão. A hipertensão neste caso, é apenas, um sintoma e não uma doença.

A queda da resistência imunológica é outro fator que, frequentemente costuma afetar o organismo do indivíduo estressado.

MECANISMO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL FRENTE A UMA SITUAÇÃO ESTRESSANTE

A percepção de uma situação de estresse ocorre à nível de sistema nervoso central(SNC). O qual desencadeia uma série de atividades elétricas que por sua vez vão atuar sobre vários órgãos e, conseqüentemente, gera um desequilíbrio no organismo do indivíduo. Portanto, quando estamos nervosos(tensos), ligamos a chave nervosa do ALERTA GERAL em nosso sistema nervoso. Em resposta a esse sinal de alerta as glândulas supra-renais passam a liberar mais adrenalina e corticóides na corrente sanguínea que, por sua vez, vão atuar sobre outras áreas aumentando os níveis de açúcar, gordura colesterínica no sangue, aumento da força muscular devido a redistribuição sanguínea, a dilatação das pupilas permitem ao máximo a entrada de luz, o aumento dos batimentos cardíacos, o estreitamento dos vasos e a conseqüente elevação da pressão arterial. Todo este aparato ocorre para nos permitir enfrentar ou fugir da situação estressante.

Uma vez cessada o estímulo estressante, o equilíbrio interno se restabelece, normalizando a pressão arterial. O cansaço físico seguido de um período de relaxamento que por sua vez levam a um merecido repouso são frequentes desde que o estresse tenha sido combatido com atitudes adequadas. Por outro lado, o "fugir" porque a situação exige, não permite que o "estado de alerta geral" seja desativado e, conseqüentemente o estresse e a insônia seguirão seu curso permitindo ainda mais a ocorrência de crises de hipertensão.

Quando o organismo é constantemente submetido a tensões nervosas, a reação de estresse passa a ser crônica, sendo acompanhada por depressão psicológica, queda da resistência imunológica, permi -

tindo dessa forma a invasão microbiana, virótica e, até mesmo o ataque do organismo a si próprio, através das doenças auto-imunes.

Os maus hábitos alimentares, consumo de bebidas alcoólicas e fumo fazem com que os mecanismos de adaptação do organismo se esgotem ainda mais.

A incapacidade de adaptação ao estresse é um dos principais fatores que predispõe os indivíduos a transtornos mentais, quando então passam a não responder de maneira eficiente às dificuldades cotidianas.

- PRINCIPAIS CARACTERÍSTICAS DO INDIVÍDUO HIPERTENSO

"O indivíduo hipertenso é por natureza, extremamente controlado, superconscencioso e muito responsável, podendo guardar só para si suas emoções e frustrações, que são recalçadas". Não explode por fora, e sim por dentro. Devido ao grande controle social, não age agressivamente, reprime todos os sentimentos hostis e, assim, dá origem a cronificação do estado de estresse.

A interiorização das emoções acaba por agir internamente o próprio indivíduo, desenvolvendo entre outros problemas, a hipertensão arterial.

- FATORES PREDISPOANTES OU AGRAVANTES DO ESTRESSE

Os principais fatores que podem desencadear crises de estresse são:

- . ambientes poluídos;
- . alimentação inadequada;
- . atividades físicas desequilibradas;
- . repouso insuficiente;
- . frustrações, desgostos, preocupações e perdas

frequentes;

- . ambição;
- . desempenho frequente do papel de liderança;
- . lutar sempre contra o tempo;
- . desempenho de múltiplas funções ao mesmo tempo;
- . ser exigente e perfeccionista;
- . ser muito pontual nos compromissos;
- . ser extremamente responsável;
- . vivenciar constantemente situações novas;
- . ter dificuldade para relaxar;
- . crises de depressão;
- . obesidade;
- . alcoolismo;
- . hábito de fumar;
- . uso frequente de drogas alucinógenas;
- . situação econômica;
- . desajustes (conflitos) no ambiente familiar, trabalho e social;
- . ausência da inclusão de atividades recreativas no dia-a-dia.

- SINAIS E SINTOMAS DA CRISE DE ESTRESSE

Os sinais e sintomas mais comuns na crise de estresse são:

- . disparos do coração (taquicardia);
- . suores abundantes (profusos);
- . sensação de sufocamento;
- . mãos frias;
- . tonturas ocasionais;
- . sujeito a resfriados frequentes;
- . insônia ocasional ou frequente;
- . pesadelos intermitentes;
- . perda do interesse sexual;
- . incapacidade de concentração;
- . crises de choro sem motivo aparente;
- . dificuldade de lembrar fatos recentes;
- . contraturas musculares, principalmente do pes-

- coço e ombros;
- . medo e receio sem motivo aparente;
 - . assusta-se com facilidade;
 - . apresenta perda de interesse pelo trabalho e pelas pessoas que o rodeia;
 - . demonstra-se indiferente em relação a compromissos sociais;
 - . apresenta manchas roxas no corpo, principalmente, nas pernas sem que tenha havido traumatismo prévio;
 - . irregularidade menstrual;
 - . incapacidade mental para tomar decisões;
 - . pensamentos repetitivos;
 - . manifestações frequentes de herpes peri-oral, vaginal ou peniana (este último quando tratar-se de indivíduos do sexo masculino).

- TRATAMENTO

Como vimos anteriormente há inúmeros fatores que predispõe ou agravam a crise de estresse no indivíduo. Portanto, para que o tratamento surta efeito desejado, é de suma importância que tais fatores sejam eliminados do dia-a-dia do indivíduo estressado. Só assim será possível readquirir a homeostase orgânica.

Heis a seguir algumas sugestões que poderão ser usadas como tratamento do estresse:

- . evitar ambientes poluídos;
- . alimentar-se adequadamente, se possível, procurar incluir alimentos ricos em fibras nas refeições diárias;
- . procurar levar uma vida mais tranqüila;
- . evitar ansiedades, depressões, bebidas alcoólicas, fumo e demais drogas alucinógenas (cocaína, maconha, LSD, etc.);
- . procurar resolver problemas econômicos tão logo tenham surgidos;
- . realizar exercícios físicos adequados ao sexo

idade e condições de saúde de cada indivíduo;
. planejar as atividades a serem realizadas no trabalho, bem como, a aposentadoria;
. procurar manter o bom humor diariamente;
. evitar conflitos ligados a família e sociedade;
. destinar mais tempo para o lazer, vida social, espiritual, afetiva e familiar;
. PROCURAR AUXÍLIO MÉDICO SEMPRE QUE NECESSÁRIO, POIS O TRATAMENTO MEDICAMENTOSO E PSICOLÓGICO TAMBÉM PODERÃO SER MUITO ÚTEIS PARA COMBATER O ESTRESSE.

.....

- INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES -

Este folheto foi elaborado com intuito de proporcionar algumas informações sobre o estresse, bem como, a influência do mesmo na hipertensão arterial à população que não tem acesso a artigos especializados referentes a este assunto.

Elaborado por PALMIRA MOMM*

Florianópolis, outubro de 1990.

*acadêmica da VIIIª Unidade Curricular do curso de Graduação em Enfermagem - U.F.S.C. Florianópolis - S.C.