

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO
ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

OS PAPÉIS DE AUTOCAUIDADO PARA
PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA CONSULTA
DE ENFERMAGEM

Carlos Victor dos Santos Filho

Rio de Janeiro
Novembro/ 2006

Livros Grátis

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.



OS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Carlos Victor dos Santos Filho

Dissertação de Mestrado apresentado para defesa pública, à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita Batista Santos

Rio de Janeiro
Novembro/ 2006

Santos Filho, Carlos Victor dos.

Os papéis de autocuidado para prevenção do pé diabético na consulta de enfermagem. - Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN, 2006.

118 f.: il.; 31 cm.

Orientadora: Rita Batista Santos

Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - UFRJ/EEAN/ Programa de Pós-graduação em Enfermagem, 2006.

1. Enfermagem. 2. Pé Diabético. 3. Papéis de Autocuidado. 4. Autocuidado. I. Santos, Rita Batista. II. Universidade Federal do Rio Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, Programa de Pós-graduação em Enfermagem. III. Título.

CDD 610.73

**OS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA
CONSULTA DE ENFERMAGEM**

Carlos Victor dos Santos Filho

Dissertação de Mestrado apresentado para defesa pública, à Banca Examinadora do Curso de Mestrado em Enfermagem da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita Batista Santos

Rio de Janeiro
Novembro/ 2006

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela sua imensa graça e misericórdia e amor incondicional que permitiu através de sua fidelidade a superação de todos os obstáculos encontradas nessa jornada, que teve um início solitário, mas que no decorrer pessoas foram agregadas, que se tornaram amigas e companheiras não mas importando a distancia a ser percorrida e nem as dificuldades visto o prazer da companhia.

Especialmente a todos que colaboraram direta e indiretamente com este estudo, em particular:

*-A companheira e amiga **WILMA HELENA CARVALHO RODRIGUES** pela prazerosa parceria no desafio de desvelar o universo dos portadores de Diabetes Mellitus sem a qual não seria possível o cumprimento de tantas tarefas.*

*- A **CASTORINA DA SILVA DUQUE**, pelo incansável incentivo no içar das velas em busca de novos horizontes além de preencher as minhas ausências das minhas atividades para a minha imersão reflexiva e criativa.*

*- A amiga **ADRIANA CONCEIÇÃO**, pelo incondicional apoio e sensibilidade na compreensão dos momentos de dúvidas, nos quais através de uma relação dialógica fraterna pode apontar o caminho de um cuidado de enfermagem Libertador.*

*- À Direção da Divisão de Enfermagem do I.E.D.E, Enfermeiro **Fernando M. S. Lobo**, pela compreensão e apoio em todos os momentos da minha ausência.*

*- A chefe do Ambulatório do Hospital Geral de Jacarepaguá **Enfermeira Norma Sueli Fernandes** pela compreensão e incentivo, principalmente na flexibilização da escala de serviço viabilizando os momentos de ausência para o cumprimento das exigências do curso, e por extensão as colegas que também souberam compreender essas necessidades Sandra Maria e Sulely Duarte*

- Aos **funcionários do Centro Cirúrgico do IEDE e do Programa de Atenção ao Portador de Diabetes Mellitus**, que carinhosamente deram sua contribuição eficiente e tão oportuna assumindo as atividades, em todos os momentos de minha ausência.

- A **Sonia Maria R. Xavier**, secretária da pós-graduação da EEAN/UFRJ pelo carinho , atenção e prontidão em colaborar e ajudar nas questões acadêmicas.

- Aos ilustres **membros da Banca examinadora** por terem aceitado o desafio de me ajudar a refletir e pensar na construção de um conhecimento em enfermagem em prol da qualidade de vida e bem-estar dos clientes portadores de Diabetes Mellitus

- Não posso deixar de registrar o meu carinhoso agradecimento, aqueles que foram e são a razão de ser desse trabalho, uma vez que a parte acadêmica do trabalho foi concluída, mas não o compromisso profissional, social e político como os “companheiros da glicose”.

Enfim, a **todos** aqueles que de uma forma ou de outra **participaram** da nossa convivência neste período.

Muito obrigado.

Eu sei ó Senhor, que não é do homem o seu caminho; nem é do homem que
caminha o dirigir os seus passos. Jeremias 10:23

SANTOS FILHO, Carlos Victor dos. **Os papéis de autocuidado para prevenção do pé diabético na consulta de enfermagem.** Rio de Janeiro, 2006. Defesa (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

OS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

RESUMO

Pesquisa qualitativa, descritiva sobre o desempenho dos papéis de autocuidado de 11 portadores de Diabetes Mellitus (DM) tipo II, atendidos no ambulatório de um hospital da rede federal do município do Rio de Janeiro. O referencial teórico adotado foi o dos Papéis de Autocuidado apresentados por Santos (2001) e analisados a luz da ação educativa na Consulta de Enfermagem, como uma estratégia para a prevenção da complicação crônica do tipo Pé Diabético. As questões que nortearam o estudo foram: Como o cliente portador de DM tipo II, desempenha os papéis de autocuidado? Quais os fatores que interferem no desempenho dos papéis de autocuidado para prevenção da complicação do tipo PD? O que faz o cliente com fatores de risco para a complicação do tipo PD, utilizar os conhecimentos para o desempenho dos papéis de autocuidado? Os objetivos foram: **DESCREVER** os **PAPÉIS DE AUTOCUIDADO** para prevenção da complicação do tipo PD e **ANALISAR** os **PAPÉIS DE AUTOCUIDADO** para prevenção da complicação do tipo PD. A produção dos dados ocorreu através da realização da oficina de autocuidado no mês de junho de 2006. Os resultados apontaram: a relevância dos papéis de autocuidado como uma nova tecnologia de cuidado de enfermagem para a prevenção da complicação do tipo PD; a ação educativa do enfermeiro na Consulta de Enfermagem, tendo o foco na relação do corpo e a convivência com o DM como instrumento e estratégia para promoção do autocuidado; a eficácia e eficiência de modalidades de trabalho de grupo com portadores de DM para construção e promoção do autocuidado bem como a prevenção da complicação do tipo PD.

Palavras chaves: Enfermagem; Pé Diabético; Papeis de Autocuidado; Autocuidado.

ASBRACT

Qualitative, descriptive research on the performance of the papers of autocuidado of 11 carriers customers of Diabetes Mellitus (DM) type II, taken care of in the clinic of a hospital of the federal net of the city of Rio de Janeiro. The adopted theoretical referencial was of the roles of autocuidado presented by Saints (2001) and analyzed the light of the educative action in the Consultation of Nursing, as a strategy for the prevention of the chronic complication of the type Diabetic Foot. The questions that had guided the study had been: How the DM carrier type II, plays the roles of autocuidado? Which the factors that intervene with the performance of the papers of autocuidado for prevention of the complication of type PD? What it makes the customer with factors of risk for the complication of type PD, to use the knowledge for the performance of the papers of autocuidado? As objective the study it had: TO DESCRIBE the PAPERS OF AUTOUIDADO for prevention of the complication of type PD; TO ANALYZE the PAPERS OF AUTOUIDADO for prevention of the complication of type PD. The production of the data occurred through accomplishment the autocuidado workshop of in the month of June of 2006. The results had pointed: the relevance of the roles of autocuidado as a new technology of care of nursing for the prevention of the complication of type PD; the educative action of the nurse in the Consultation of Nursing, having the focus in the relation of the body and the convivência with the DM as instrument and strategy for promotion of the autocuidado one; the effectiveness and efficiency of modalities of work of group with carriers of DM for construction and promotion of autocuidado and the prevention of the complication of type PD.

keys Words: Nursing; Diabetic foot; Papeis de Autocuidado; Autocuidado

OS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO PARA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Mestrando: Carlos Victor dos Santos Filho
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Rita Batista Santos

Dissertação de Mestrado submetida ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - UFRJ, como parte dos requisitos necessários à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada por:

Presidente – Prof^a. Dr^a. Rita Batista Santos – EEAN/ UFRJ

Prof^a. Dr^a. Odete de Oliveira – ENF/UNIFESP

1º Examinador

Prof^a. Dr^a. Neiva Maria Picinini Santos – EEAN/ UFRJ

2º Examinador

Prof^a. Dr^a. Nébia Maria de Almeida Figueiredo –FEAP/ UNIRIO

Suplente

Prof^a. Dr^a. Anny Mary Machado Tinoco Feitosa Rosas EEAN/UFRJ

Suplente

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	- Pirâmide de Autocuidado	41
Figura 2	- Inter-relação entre os conceitos da Pirâmide de Autocuidado e os Papéis de Autocuidado	42
Figura 3	- Instrumento e signos como mediadores entre o portador de DM com lesões do tipo PD e seu autocuidado	60

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	- Principais Ações de Autocuidado do Papel de Manutenção da Saúde, Rio de Janeiro - 2006	32
Quadro 2	- Principais Ações de Autocuidado do Papel de Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM , Rio de Janeiro - 2006	34
Quadro 3	- Principais Ações de Autocuidado do Papel de Autodiagnóstico e Autotratamento da Complicação Crônica do tipo PD - Rio de Janeiro – 2006	36
Quadro 4	- Principais Ações de Autocuidado do Papel de Participação ativa em Serviços de Saúde, Rio de Janeiro – 2006	39
Quadro 5	- Pseudônimos dos participantes do grupo focal, Rio de Janeiro – 2006	65
Quadro 6	Distribuição das ações de autocuidado desempenhadas na categoria Manutenção da Saúde, Rio de Janeiro – 2006	72
Quadro 7	Distribuição das ações de autocuidado desempenhadas na categoria Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM , Rio de Janeiro - 2006	79
Quadro 8	Distribuição das ações de autocuidado desempenhadas na categoria Autodiagnóstico, Autotratamento e Automedicação das Complicações Crônicas do tipo PD - Rio de Janeiro – 2006	85
Quadro 9	Distribuição das ações de autocuidado desempenhadas categoria Participação em Serviços de Saúde - Rio de Janeiro – 2006	88

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice A	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	102
Apêndice B	- Roteiro para realização da Entrevista não Diretiva	104
Apêndice C	- Lista dos Clientes avaliados no ano de 2006 quanto ao grau de risco para o Pé Diabético	108

LISTA DE ANEXOS

Anexo A	- Ficha de Avaliação do Grau de Risco do Pé Diabético	111
Anexo B	- Tabela de Números Aleatórios	114
Anexo C	- Parecer do Comitê de Ética e Pesquisa da EEAN/HESFA	117

SUMÁRIO

I - INTRODUÇÃO	14
1.1 Apresentando o Objeto de Estudo e a Temática	14
1.1.1 O caminhar amargo dos clientes portadores de DM	19
1.2 O Problema e os Objetivos	23
1.3 Justificativa do Estudo	26
1.4 Contribuições do Estudo	29
II - REFERENCIAL TEÓRICO	31
2.1 Os Papéis de Autocuidado	31
2.2 A Pirâmide de Autocuidado	40
2.3 Inter-relação dos conceitos da Pirâmide de Autocuidado e os Papéis de Autocuidado	41
III - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	47
3.1 A Consulta de Enfermagem na promoção dos papéis de autocuidado ao portador de Diabetes Mellitus	47
3.2 O pé diabético não é o pé de todo cliente portador de dos papéis de autocuidado	53
3.3 A abordagem educativa do cuidado de enfermagem na promoção do autocuidado: uma aproximação ao pensamento de Vygostky	55
IV – METODOLOGIA	63
4.1 Abordagem Metodológica	63
4.1.1 Tipo de Estudo	63
4.1.2 Cenário do Estudo	63
4.1.3 Seleção dos Clientes	63
4.1.4 Coleta de dados	66
4.1.4.1 A Entrevista não-diretiva	66
4.1.4.2 Grupo Focal em Oficina de Autocuidado	67
4.1.4.3 A Observação	69
4.2 Organização dos Dados	69
V – ANÁLISE DOS RESULTADOS	71
VI – CONSIDERAÇÕES FINAIS	92
REFERÊNCIAS	97
APÊNDICES	101
ANEXOS	110

I – INTRODUÇÃO

1.1 Apresentando o Objeto de Estudo e a Temática

Você me fala, eu esqueço,
Você me ensina, eu lembro,
Você me envolve, eu aprendo.

Benjamim Franklin

Esta pesquisa foi produto das reflexões e inquietações, a respeito da minha prática, como enfermeiro, trabalhando desde o ano de 2003 na Consulta de Enfermagem (CE) com clientes portadores de Diabetes Mellitus (DM), pertencentes a um programa público para usuários de insulina.

As realidades vivenciadas e narradas, pelos clientes durante as CE, frente o recém diagnóstico de DM ou mesmo da manifestação de complicações agudas e crônicas do DM, são histórias nas quais os sentimentos de medo, incompreensão, insegurança, revolta e incerteza estão presentes diante de uma nova situação de vida, que terão de enfrentar, gerando dúvidas em relação ao futuro e a sua qualidade de vida.

Esses mesmos sentimentos permanecem presentes quando informados e orientados da necessidade de algumas adaptações e readaptações, que a doença exige, para uma mudança do estilo de vida, a fim que os níveis glicêmicos possam atingir o mais próximo possível da normalidade, evitando assim as complicações agudas e crônicas.

O desempenho dos papéis de autocuidado é o produto final que se deseja que o cliente alcance no decorrer do seu acompanhamento pelo enfermeiro na CE, na qual se baseia: em uma escuta atenta dos sentimentos do cliente em relação à doença; na transmissão: de informações e orientações; em demonstrações e práticas exequíveis de forma consciente e

crítica, dos cuidados de manutenção, manejo e prevenção das complicações agudas e crônicas do DM.

Os papéis de autocuidado foram apresentados por Santos (2001), e categorizados em esferas biológicas, pessoais, familiares e sociais, a saber: manutenção de saúde; prevenção de complicações agudas e crônicas; autodiagnóstico, automedicação, autotratamento das complicações agudas e crônicas e a participação em serviços de saúde.

A opção pela utilização dos papéis de autocuidado como instrumento a ser utilizado na prevenção da complicação crônica do tipo PD, advém da possibilidade e amplitude de abordagem e compreensão do cliente. Não somente uma visão do DM, mas principalmente do cliente inserido em seu meio social, considerando-o como agente ativo da construção de ações em prol da sua saúde, permitindo uma nova parceria e pactuação de atitudes a serem adotadas com vistas ao bem-estar físico e mental.

Dentro desse cenário, considerando os aspectos biopsicosocial, econômico e espiritual é que proponho o seguinte **objeto de estudo: Os papéis de autocuidado do cliente¹ portador de Diabetes Mellitus (DM) tipo II, para a prevenção da complicação crônica do tipo Pé Diabético (PD).**

Para efeito deste estudo, o PD é conceituado como uma das complicações crônicas a que o portador de DM está sujeito, caso o mesmo não seja capaz de desempenhar e manter os papéis de autocuidado de forma eficiente e eficaz.

O meu interesse pela temática da complicação crônica do DM, denominada PD, teve o seu início no período da Residência de Enfermagem, onde o campo das atividades práticas foi o Hospital Naval Marcílio Dias (HNMD).

¹ “São considerados clientes com necessidades especiais de saúde, em função de apresentarem uma condição: mental, física, emocional ou social que interferem em suas vidas necessitando assim de um atendimento especializado”. (FIGUEIREDO, 2004, p.97)

Ao longo do segundo ano, participei de um projeto com enfoque na Prevenção e Controle das Complicações do Pé Diabético, no ambulatório de Consulta de Enfermagem, que era vinculado ao Serviço de Cirurgia Vascular.

O projeto preconizava a criação de uma equipe multiprofissional, composta pelas seguintes especialidades: Cirurgia Vascular, Enfermagem, Endocrinologia, Fisioterapia e Nutrição, com vistas a partir de ações preventivas educativas interdisciplinares aumentarem a detecção precoce do pé em risco, para o desenvolvimento do PD, evitando, assim, possíveis ulcerações, gangrenas e amputações.

O projeto foi operacionalizado com a participação mais ativa pela Enfermagem e pelo Serviço de Cirurgia Vascular, originando assim o Ambulatório de Consulta de Enfermagem ao Pé Diabético (ACEPD).

Nesse período, apresentei um trabalho intitulado “Pé Diabético compromisso para pisar diferente: Um relato de experiência” na XIV Jornada Médica do HNMD, fruto da repercussão e impacto que o trabalho desenvolvido no ACEPD, com lesões de membros inferiores tinha atingido.

Nesse trabalho foi evidenciada uma prevalência de casos de PD na faixa etária compreendida entre 50 a 90 anos; um tempo médio de 15 anos de convivência com a DM; a porta de entrada na Consulta de Enfermagem pós-alta hospitalar devido a internação em decorrência de lesões nos membros inferiores, algumas seguidas de amputações.

O que evidenciou um impacto, na vida do cliente e para o sistema de saúde a internação hospitalar por conta da complicação do PD, seguida de amputações.

É importante destacar que a partir da estruturação do ACEPD, do envolvimento direto e ativo dos enfermeiros no acompanhamento e tratamento das lesões, foi possível a alta precoce dos clientes internados por conta de lesões do tipo PD para o acompanhamento

ambulatorial, permitindo um giro maior dos leitos hospitalares destinados à clínica de Cirurgia Vascular.

O retorno mais precoce dos clientes aos seus lares repercutiu em uma melhora da sua auto-estima e de um melhor e maior acolhimento da família com impacto positivo e direto na melhora do processo de cicatrização, nos remetendo para necessidade de olhar não somente da lesão, mas sim de um corpo inserido em um contexto de tempo e espaço caracterizando assim a história de vida desse cliente.

Na busca de aprendizado e de troca de experiências, em como tratar o até então concebido PD, realizei intercâmbios, com serviços especializados públicos e privados nas cidades de São Paulo e Brasília, a convite do chefe do Serviço de Cirurgia Vascular, acompanhado de uma equipe multiprofissional constituída por um cirurgião vascular, uma fisioterapeuta e uma podóloga.

Ficou evidenciada após essas viagens a importância do trabalho multidisciplinar com ações interdisciplinares que complementam e reforçam as orientações para o autocuidado.

Cabe ressaltar, que nos serviços visitados a presença da enfermagem sempre foi entendida como fundamental, uma vez que transpassava as questões técnicas da avaliação clínica física, atingindo as questões comportamentais trabalhadas de formas individuais com implementação de estratégias educativas.

O fruto desses intercâmbios foi à abertura de uma clínica especializada no atendimento a clientes portadores de DM, com complicações do tipo PD, denominada *ESPECIAL*, na qual trabalhei, realizando avaliação do grau de risco para desenvolvimento de lesões do tipo PD; curativos; orientações de autocuidado com os pés e atendimento domiciliar.

Ressalto que até então as ações estavam voltadas única e exclusivamente para os pés dos portadores de DM, não existindo nenhuma outra ação ou intervenção holística, ou seja, na totalidade e integralidade física e social do corpo desse cliente portador DM.

Atualmente, assisto aos clientes portadores de DM em duas unidades de saúde distintas: uma especializada em diabetes e endocrinologia da rede estadual de saúde, atuando no centro cirúrgico, estando a complicação do tipo PD já presente e em alguns casos avançada, só restando o recurso terapêutico cirúrgico, através de desbridamentos e de amputações (parciais e totais).

A segunda, em nível ambulatorial em uma unidade terciária federal de saúde, em um programa de atenção aos portadores de DM em uso de insulina, realizando CE e mais recentemente gerenciando o ambulatório de curativos do tipo PD. O programa visa o atendimento interdisciplinar para o tratamento do DM e a prevenção das possíveis complicações agudas e crônicas.

No programa, são desenvolvidas ações específicas para o autocuidado com os pés com impacto direto na prevenção das complicações do tipo PD, através de um projeto denominado “De olho no pé”, no qual são realizadas avaliações do risco para o desenvolvimento do PD e a fundoscopia.

Nesse projeto contamos com a participação dos seguintes serviços: Endocrinologia, Enfermagem, Terapia ocupacional, Fisioterapia e mais recentemente da Cirurgia Vascular.

A preocupação com os pés dos clientes portadores de DM não é algo novo e, por conta disso, vem recebendo ao longo dos anos destaque e atenção, motivando as diversas áreas de especialidades de saúde. Sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil, como já sinalizado pelo Ministério da Saúde ao chamar a atenção que nos pés ocorre uma convergência das complicações do DM.

A cronicidade de uma patologia, como o DM, gera no cliente um sentimento de frustração, ao saber que ele tem que conviver com uma situação até o momento para a grande maioria, sem condições de cura, não recebendo uma solução definitiva para o problema. A doença, por sua vez, lhe imprime uma situação de ajuda, de necessidade de um cuidado especial, tendo a enfermagem um papel fundamental nesse processo de ajuda através do autocuidado.

Surgindo em mim uma grande inquietação, no que diz respeito aos portadores de DM, que chegavam na emergência com lesões nos membros inferiores e nos pés em estágio avançado e com alterações dos níveis glicêmicos, muitos sem saberem de fato que eram portadores de DM.

O que me remeteu e remete a um compromisso profissional como enfermeiro, com as questões referentes a promoção do autocuidado com vista a prevenção da complicação do tipo PD, já que a mesma não se limita apenas aos aspectos biológicos para o desempenho dos papéis de autocuidado, mas sim no sociocultural e econômico.

1.1.1 O Caminhar amargo dos clientes portadores de DM

Não tenho a pretensão de fazer uma descrição precisa do perfil da clientela de portadores de DM, mas penso ser importante e pertinente neste momento refletir e destacar o caminho que tem sido percorrido na busca de assistência e cuidados de saúde de qualidade, que tem implicações diretas e indiretas com o risco do desenvolvimento da complicação do tipo PD.

Observo nas instituições públicas de saúde uma diversidade cultural e social da clientela. Até alguns anos atrás poderíamos dizer, sem errarmos muito, que era constituída basicamente por clientes de baixa renda e que moravam razoavelmente próximos às unidades de saúde.

Com o aumento crescente do desemprego e ao achatamento salarial, muitos trabalhadores perderam seus planos de saúde ou não tiveram condições de mantê-los em sua integralidade. Esse fato tem trazido uma clientela diferenciada, uma vez que possuem um nível sócio-econômico cultural maior, mas que como já comentado não é suficiente para manter os planos privados de saúde.

Ainda nesse aspecto, identifico aqueles que possuem planos com cestas de exames básicos, agilizado marcações e resultados de alguns exames, que nas instituições ou não fazem ou em função da demanda demoram muito.

É relevante se destacar que o nível de informação em relação ao conhecimento do DM nesta clientela oriunda dos serviços privados é muito baixa existindo uma quase totalidade de desconhecimento em relação ao autocuidado. Esse aspecto sinaliza para necessidade de uma inserção maior da enfermagem no serviço privado para realização da CE, uma vez que as questões de orientação e informação pouco estão presentes nas consultas médicas sendo o diferencial e ponto forte da CE.

Um terceiro grupo pode ser identificado, sendo aquele que depende integralmente dos serviços públicos. Nesse grupo, encontramos um fato que não poderia deixar de destacar que é a busca, a corrida pelos medicamentos ofertados pelas unidades.

É comum a atenção à saúde para os portadores de doenças crônicas ser estruturada na forma de programas do Ministério da Saúde, com ações e desdobramentos nas esferas estaduais e municipais. Dessa forma, como a maioria dos programas de atenção ao portador de DM, sofre com o repasse de verbas, as dificuldades para manutenção e regularidade dos insumos, acaba fazendo com que os clientes façam várias matrículas em diferentes programas na expectativa de não ficarem sem os medicamentos.

Esses aspectos são de fundamental importância para compreensão da dificuldade do sucesso maior desses programas em prevenir as complicações, especialmente às do PD.

Uma vez que a maior ferramenta e arma para o enfrentamento do DM é a educação, a aderência e adesão do cliente em um programa que privilegie as ações de autocuidado a nível individual, e não exclusivamente a dispensação de medicamentos.

Nessa corrida por medicamentos, encontramos uma população que migra de lugares distantes até mesmo de outros municípios acarretando uma sobrecarga dos programas e perdendo o principal foco da terapêutica que é a educação para a mudança de comportamento.

Na prática, por conta das distâncias, o portador de DM acorda cedo, de madrugada comprometendo o planejamento alimentar, gasta o dinheiro da alimentação adequada em passagem repercutindo diretamente no bom controle glicêmico, nos remetendo para uma questão maior que o autocuidado não é e não pode ser meramente uma relação normativa de atitudes ou de ações a serem cumpridas pelos clientes.

É fato também que, em função da condição socioeconômica, a complicação do PD tem atingido uma população cada vez mais economicamente ativa, independentemente do sexo, da raça, do nível cultural, de ter feito acompanhamento clínico partícipe, o que reforça o impacto das estratégias para mudança de comportamentos e estilo de vidas visando o bom controle glicêmico para a prevenção da complicação do tipo PD.

Do ponto de vista fisiopatológico o PD, é definido pelas recomendações do Consenso Internacional do Pé Diabético (Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético, 2001). Caracteriza-se por ulcerações e ou destruição de tecidos profundos associados a comprometimentos: neuropáticos, vasculares, infecciosos ou mistos.

Tem um impacto devastador, em função do risco de amputações de membros inferiores, acarretando implicações na vida dos clientes nas esferas: físicas, psicológicas, sociais e espirituais.

Kozak (1996) comenta que cinco em cada seis grandes amputações de membros inferiores são realizadas em clientes portadores de DM, correspondendo em outros estudos a

50% das amputações de extremidades inferiores por causas não traumáticas sendo decorrentes do PD, e também a 1/5 das internações daqueles.

Da mesma forma, O Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético (2001) alerta para fato de 85% das amputações de membros inferiores, em clientes portadores de DM, são precedidas por úlceras.

As situações comuns vivenciadas por clientes desenvolveram a complicação do PD foram objeto de estudo de Santos Filho (2000, p.41) na monografia do curso de residência em enfermagem intitulado “O caminhar ‘amargo’ dos Doces Pés: um desafio para a Enfermagem” estão exemplificadas, através dos seguintes depoimentos: “*Eu não posso culpar ninguém desse sofrimento, pois eu sabia e não me cuidava.*”; “*Estou aprendendo a duras penas.*”; “*Eu não me sentia bem em olhar para o meu pé parecia o de uma rã.*”

Esses depoimentos revelaram o amargo da complicação do PD e nos remete para uma falha na manutenção do autocuidado do corpo em relação ao DM, como também da importância da participação ativa do cliente para integração na equipe multidisciplinar, favorecendo de forma responsável e participante o desenvolvimento do autocuidado do seu corpo, conforme nos alerta Gauderer (1995, p. 144) ao citar que: “abordamos a parte orgânica, biológica do paciente, esquecendo-nos, entretanto, que ele sente, pensa, questiona e, de regra, QUER COLABORAR COM O SEU TRATAMENTO, SE O PERMITIRMOS.”

No cotidiano da prática junto aos portadores de DM tipo II com lesões do tipo PD, percebo pouca aderência ao tratamento, apesar dos esforços, das ações “educativas” (informação e orientação), que se baseiam em quatro pilares, a saber: a atividade física regular; a reeducação alimentar; automonitorização e autoaplicação da insulina e a própria educação em si.

Trazendo o fato do desconhecimento e da falta de atenção profissional, com corpo dos portadores de DM uma vez que, a partir dessas lesões, são realizados diagnósticos de DM.

É extremamente preocupante e alarmante essa situação vivenciada na rede pública de saúde, o que vem demonstrar a fragilidade das ações preventivas das lesões do tipo PD. Chamando a atenção, de que por mais que existam programas voltados para sua prevenção, ainda estamos aquém de dar conta da demanda potencial existente sem diagnóstico de DM e por extensão da complicação do tipo PD.

Necessitando de investimentos para capacitação de profissionais de saúde não somente a respeito dos aspectos fisiopatológicos, mas em relação aos ligados a educação, psicologias, sociologia, dentre outros que possibilitem uma visão maior da problemática do PD.

1.2 O Problema e os Objetivos

Refletindo a respeito da prática profissional como enfermeiro na CE, e nos sentimentos de alegria, prazer, realização e também nos momentos de frustração gerados por essa prática, com os clientes portadores de DM, me baseio na seguinte concepção de cuidado, que expressa a intenção da ação educativa do enfermeiro com o cliente :

cuidando de ti, tenho a obrigação moral de te ensinar a te cuidar a ti mesmo, a não ser que eu queira te manter na dependência do meu saber, do meu poder, o que seria contrário à própria definição do cuidar...a enfermeira que educa para o autocuidado desenvolve um papel, diretamente político, ao facilitar a autonomia de grupos sociais geralmente alvos de políticas públicas assistencialistas, que as mantêm na dependência das falhas do sistema de saúde. (SANTOS et al., 2001, p.123)

Trazendo a responsabilidade do enfermeiro em ver o cliente como sujeito ativo, participativo e efetivo de todas as ações voltadas para a o autocuidado do seu corpo, e não só apenas dos seus pés. Promovendo a conscientização e liberdade desse corpo para o seu autocuidado.

Oliveira (2000, p.14) afirma que “a prevenção das complicações deve ser realizada por meio de programas de educação em saúde com a finalidade de originar mudanças de comportamento”, o que me fez refletir a respeito do papel do enfermeiro, no desempenho da ação educativa, da relação com o cliente durante a consulta de enfermagem, da necessidade de

capacitação, qualificação para que as informações e orientações transmitidas sejam melhor absorvidas pelos clientes.

Emergindo o questionamento da eficiência e eficácia dos modelos pré-estabelecidos, tidos como “educativos”, nos quais os conhecimentos do cliente não são considerados como ponto de partida, sendo zerados e anulados e imputadas normas proibitivas, de conduta baseada em um modelo patológico.

Assim, há necessidade de mudança na relação com esse cliente, mudando o foco de ensinar, para como ele desempenha e mantém, não somente o autocuidado com os pés, mas para com o seu corpo, que é sustentado por estes.

Não perdendo de vista que o foco central da educação para portadores de DM é a mudança de comportamento, do estilo de vida, é oportuno resgatar que toda mudança passa pela história de vida da pessoa e, dessa forma, pela bagagem cultural, o que faz com que a sua percepção da doença seja mediada por esses aspectos repercutindo diretamente nas ações de autocuidado.

O autocuidado há de ser alimentado constantemente e por conta disso há de ser uma ação voluntária, uma vez que é o principal e fundamental passo na mudança do estilo de vida. A relação do enfermeiro com o cliente deve conduzir a esse ponto da atenção em relação à sua saúde, e de resgate de conteúdos quando necessário para o desempenho pleno dos papéis de autocuidado que ocorre pela utilização da memória.

Nesse sentido de mudança, há de se privilegiar o momento emocional e psicológico do cliente e da família, para avaliar a quantidade e o grau de informações e orientações que serão transmitidas em relação ao seu tratamento e ao autocuidado propriamente dito, considerando a história de vida desse sujeito. Uma construção a partir da suas vivências e experiências. Da compreensão das suas potencialidades, da empatia com o enfermeiro, de como a comunicação e a linguagem com esse cliente estão sendo estabelecidas.

A partir deste ponto, possibilitar a capacidade de colocar em ação habilidades, opiniões, atitudes e conhecimentos, configurando o seu desempenho, em prol da prevenção daquelas complicações agudas e crônicas do DM, envolvidas na gênese das lesões do tipo PD.

Feliciano (1999) cita que nos pés encontramos uma fascinante relação de reflexos que possibilitam uma descrição de todas as condições de saúde do homem, o que justifica a abordagem da reconstrução deste corpo através tão somente do cuidado deste e não só dos pés, pois uma vez afetada a interação e relação pé / corpo, também estará comprometida a interação, com o meio no qual este corpo está inserido.

O que vai ao encontro à apresentação do livro “O pé diabético” de O`Neal (2002), por Gary, que afirma ser um diferencial a abordagem do cliente que tem um problema do tipo PD e não apenas o seu pé.

Corroborando com O`Neal (2002), a educação quanto o tratamento apropriado e à assistência preventiva do DM facilita o desempenho dos papéis de autocuidado, fazendo com sejam capazes de reduzir as complicações nos membros inferiores.

A tendência ou necessidade de aprofundamento das questões referentes à educação dessa clientela, com vistas ao pleno desenvolvimento do autocuidado, traz a discussão sobre as ações educativas do enfermeiro na promoção direta que não se limita somente na transmissão mecânica de informações, sem considerar o ponto de referência dessas ações que é o cliente.

Demonstrando, assim, a necessidade de uma abordagem baseada nas falas, nas expressões e nas dimensões (mente, emoção e corpo) que dão pistas para o enfermeiro de como foram aprendidos os papéis de autocuidado, subsidiando o cuidado de enfermagem hospitalar prestado, tanto a nível ambulatorial quanto de internação clínica e cirúrgica.

Sabóia (2003, p. 79) nos remete para um caminho pedagógico em saúde não excludente e não discriminatório, ao trazer o que ela denomina discurso soterrado.

que compreende a educação como atividade social, fundamentada em princípios de respeito e de construção cooperativa de saber, voltada para o bem estar dos educandos, segundo uma perspectiva crítica e progressiva da problemática da saúde e de seus determinantes sócio-econômicos, políticos e culturais.

Contemplando os principais aspectos de enfretamento ocasionados pela DM, que enquanto um problema de saúde publica precisam ser atacados pelos gestores de saúde e pelos profissionais de saúde, comprometidos pela luta da melhoria da qualidade de vida dos portadores de DM.

Para nortear o desenvolvimento da pesquisa foram formuladas as seguintes **questões**:

- ✓ Como o cliente portador de DM tipo II, desempenha os papéis de autocuidado?
- ✓ Quais os fatores que interferem no desempenho dos papéis de autocuidado para prevenção da complicação do tipo PD?
- ✓ O que faz o cliente com fatores de risco para a complicação do tipo PD, utilizar os conhecimentos para o desempenho dos papéis de autocuidado?

A trajetória a ser percorrida no estudo será orientada pelos seguintes os **objetivos**:

- ✓ **DESCREVER OS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO** para prevenção da complicação do tipo PD.
- ✓ **ANALISAR OS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO** para prevenção da complicação do tipo PD.

1.3 Justificativa do Estudo

Em 1994, havia 110,4 milhões de clientes diabéticos em todo o mundo, um número que deve dobrar no ano 2010. Este aumento deve ser acompanhado de uma incidência maior de condições crônicas associadas ao DM, tais como o PD.

O Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético (2001) estimou uma prevalência global para 2025 de 250 milhões de pessoas portadoras de DM. Pedrosa (2002) estimou para o mesmo período no Brasil cerca de 12 milhões, acarretando uma perda da

capacidade funcional, o que irá gerar cuidados de saúde de longa duração e sem uma adequada intervenção, e poderá ocasionar a morte desses milhões de potenciais portadores de DM

As ações e preocupações, nacionais e internacionais se justificam, principalmente pelo fato que a cada 30 segundos em algum lugar no mundo, ocorre uma amputação de membro inferior decorrente do DM, sendo possível uma redução de 49% das mesmas com a implementação de estratégias apropriadas, bem como a arrecadação de recursos para implantação das mesmas, conforme dados presentes na publicação da International Diabetes Federation 2005 - *Diabetes and foot care*.

O Grupo de Trabalho Internacional sobre o Pé Diabético (2001) apontou no Consenso Internacional do Pé Diabético, questões emergentes para o enfrentamento, por parte dos profissionais e gestores de saúde tais como: de 3 a 4% dos clientes portadores de diabetes utilizam 12 a 15% dos recursos assistências dos sistemas de saúde; os clientes portadores de DM são responsáveis por 40 a 70% das amputações não traumáticas de extremidades inferiores. Muita dessa preocupação tem a ver, com a amplitude do impacto, causado por um novo caso de PD, como diz Pedrosa (2002), ao explicar que o problema não só atinge o indivíduo, como também o sistema de saúde, uma vez que os custos referentes ao tratamento das úlceras nos pés e das possíveis amputações, podem chegar a cifras em torno de 5 milhões de dólares.

A causa mais freqüente de internação de um cliente portador de DM é o PD, e esta é altamente onerosa, por ser de alto custo e de longa duração, demandando a utilização de vários recursos terapêuticos, como confirmado pelos estudos de Milman et al. (2001) e Calsolari et al. (2002).

Em 1991, no Brasil, foi implantado o Projeto Salvando o Pé Diabético da Fundação Hospitalar do Distrito Federal, regional Taguatinga que, com o apoio do Ministério da Saúde

da Organização Pan-americana de Saúde e da Sociedade Brasileira de Diabetes, alcançou divulgação em quase todo território nacional, capacitando profissionais para serem multiplicadores, e para implementarem os pólos de referência para o tratamento dos clientes portadores dessa complicação.

Em 1998, participei dessa capacitação e ao retornar para a minha prática, como enfermeiro na elaboração teórica da realidade social dos cuidados de enfermagem ao portador de DM, intensifiquei as ações já desenvolvidas e procurei sensibilizar a direção da unidade para junto a instancias governamentais captar mais recursos para o programa.

O papel da enfermagem na prevenção das complicações do DM, tem recebido destaque em trabalhos como Oliveira (2000) que enfatiza a ação educativa para o DM pautada no conhecimento fisiopatológico e dos avanços terapêuticos, e Maciel (2003) ao discutir a consulta de enfermagem, prestada em um programa de Hipertensão e Diabetes Mellitus. Expressou que, apesar da CE ser um momento ímpar para uma abordagem holística, a mesma ainda estava centrada no modelo biomédico, não contemplando a família bem como outras formas de abordagens, por exemplo, a grupal que poderiam dar conta das necessidades apresentadas pelos clientes.

Penna e Pinho (2002) discutiram as estratégias de educação em saúde para diabéticos. Santos (1995) enfoca o cuidado de enfermagem como forma de melhoria de qualidade do autocuidado, em uma amostra que compreendiam adultos e idosos, valorizando o aspecto emocional e intelectual. Paganini (1990) ressalta as dificuldades do paciente ambulatorial no cumprimento das orientações recebidas, reforçando a necessidade das ações individuais baseadas nos aspectos bio-psico-sociais.

É pertinente destacar Madjarof (2001), ao estudar a atuação do enfermeiro na educação de uma população diabéticos, destacando que a consulta de enfermagem, com ênfase no autocuidado e na visão holística, contribuiu significativamente para melhoria da

qualidade de vida, à medida que favoreceu o desenvolvimento das atividades da vida diária, a prática de atividades físicas, dos cuidados com os pés, sem, no entanto, ter observado uma redução dos níveis glicêmicos, o que me intrigou, uma vez que a redução dos níveis glicêmicos está diretamente relacionada com o retardo do aparecimento de complicações.

O que mostra a existência de lacunas na construção do cuidado de enfermagem na prevenção e tratamento da complicação do tipo pé diabético, a partir da compreensão que o cliente é sujeito e agente da construção do seu autocuidado, justificando a relevância deste estudo.

1.4 Contribuições do Estudo

O estudo se propõe a contribuir com o corpo de saberes da enfermagem no âmbito do cenário hospitalar, em relação aos cuidados preventivos educativos aos clientes portadores de DM, suscetível às complicações do tipo PD, bem como sua construção focada nas características e peculiaridades dos clientes, favorecendo a agregação de qualidade e independência à vida desse grupo populacional o que favorecerá a sua reabilitação biopsicosocial.

Tendo como base uma compreensão maior do corpo e alma desse cliente portador de DM, das suas respostas corporais em relação ao DM e conseqüentemente ao desempenho dos papéis de autocuidado.

Com essa nova construção, pretende-se possibilitar um cuidado de enfermagem hospitalar, diferenciado e melhor instrumentalizado a essa clientela, que poderá ser ajudada, não só através de orientações e intervenções mais personalizadas as suas necessidades (sociais, físicas, emocionais e espirituais), mas sim a própria construção do autocuidado, uma vez que ele é gestor do seu corpo, adoçando, assim, o amargo da alma, do corpo e do espírito desses doces corpos.

No ensino, a nova construção do cuidado preventivo do PD poderá estar presente no processo formador de novos profissionais, servindo de referência e aplicação para o ensino no campo do cuidado da enfermagem, baseado em trabalhos em grupo como um espaço para voz das necessidades dos clientes.

Como este trabalho não tem a pretensão de esgotar a temática do cuidado de enfermagem na promoção do autocuidado do portador de DM para prevenção do PD, servirá de subsídios para novos estudos do Núcleo de Pesquisa em Enfermagem Hospitalar do Departamento de enfermagem Médico Cirúrgica da Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro - NUPENH/DEMC/EEAN/UFRJ, na busca da excelência do cuidado de enfermagem prestado aos portadores de DM, não só na prevenção do PD como também das outras complicações decorrentes do DM.

Os clientes receberão como contribuição deste estudo, a possibilidade de uma maior interação no processo efetivo de aprendizado do autocuidado, o que possibilitará que andem com as suas próprias pernas e pensem com suas próprias cabeças, uma vez que essa construção emergirá do trabalho conjunto, de uma relação de troca de experiências, das dificuldades e vividos individuais e coletivos, do ser portador de DM com e sem a manifestação do PD.

II - REFERENCIAL TEÓRICO

Diga me e eu esquecerei
Mostre me eu lembrarei
Faça-me participar e entenderei
Confúcio

2.1 Os Papéis de Autocuidado

O referencial teórico adotado no estudo é de Santos (2001, p.28) em que o autocuidado é visto mais como uma construção social do que biológica visto que recebe mais interferências dos fatores ligados à convivência dos clientes com o seu meio ambiente social.

Os papéis de autocuidado listados por Santos (2001, p.34) foram adaptados para os portadores de DM com lesões do tipo PD ou com risco em desenvolvê-las, e categorizados teoricamente por letras: A) Manutenção da Saúde; B) Prevenção de complicações agudas e crônicas do DM, C) Autodiagnóstico e autotratamento da complicação do tipo PD; e D) Participação ativa nos Serviços de Saúde, descritos a seguir:

A elaboração teórica das principais ações de autocuidado dentro de cada categoria descrita anteriormente, surgiu da vivência profissional do cuidado de enfermagem hospitalar e das orientações fornecidas durante a CE, que são baseadas na literatura especializada em DM, não constituindo e nem encerrando em si mesmas como normas taxativas e proibitivas de comportamento, mas sim servindo de norte para as ações de autocuidado que devem ser adotadas pelos clientes com vistas ao bem-estar e qualidade de vida.

As ações de autocuidado que passarão a ser descritas a em seguida, podem ser trabalhadas: individualmente durante a CE, de forma coletiva em reuniões de grupo e com os próprios dos familiares dos portadores, e que precisam ser respeitadas segundo o momento e as características dos clientes.

Conforme o tipo de consulta, ou seja, de primeira vez ou de retorno essas ações serão trabalhadas e redimensionadas.

A primeira consulta tem como característica principal a forte carga emocional

A - Manutenção da saúde

Diz respeito à manutenção da qualidade de vida, a partir de práticas de saúde, que levam a um estilo de vida saudável, para qualquer pessoa, independente da sua condição de saúde. Estas ações de autocuidado estão relacionadas no Quadro 1.

Quadro 1 - Principais Ações de Autocuidado do Papel de Manutenção da Saúde, Rio de Janeiro – 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO
1. Evitar o stress cotidiano
2. Evitar tabagismo
3. Evitar uso de bebidas alcoólicas
4. Manter o peso corporal adequado
5. Praticar atividade física regular
6. Praticar atividades espirituais
7. Reações Emocionais a Doença
8. Realizar atividades de lazer regular

A Manutenção da saúde é o principal papel de autocuidado, podemos considerá-lo como alicerce para os demais. Toda pessoa, independente de ser portadora de doenças crônicas degenerativas, tais como DM ou com leões do tipo PD, deve desempenhá-los para a promoção e manutenção de sua saúde e melhor qualidade de vida.

As ações listadas no Quadro 1 visam contemplar ações nas diferentes esferas do cliente considerando os aspectos biológicos, sociais, econômicos e espirituais que fazem parte

da vida de cada pessoa que, uma vez harmonizados, promovem não somente a ausência de doença, mas principalmente o bem-estar físico, mental e espiritual que expressam a qualidade de vida.

Nesse papel está presente um planejamento alimentar adequado que vise o controle do peso, dos níveis de glicose e os de colesterol, que deve ser conjugado com a prática de atividades físicas reforçando as metas do plano alimentar, contribuindo para a manutenção do peso adequado, para a manutenção do tônus muscular, para a estética física, ajudando na diminuição dos níveis sanguíneos de glicose e colesterol e aumentando a sensibilidade da terapêutica medicamentosa e diminuição do stress.

Evitar o tabagismo e o uso bebidas alcoólicas tem sido um padrão de comportamento universalmente compreendido como saudável, devendo se tornar em meta a ser alcançada quando falamos em portadores de doenças crônicas em especial o DM .

Como dito anteriormente outras ações podem e devem ser listadas no sentido da promoção do autoconhecimento do corpo, especialmente do portador de DM uma vez que a identificação precoce das alterações e manifestações de sinais e sintomas possibilitarão o desempenho dos demais papéis de autocuidado.

B - Prevenção de complicações agudas e crônicas do DM

Refere-se a práticas específicas que promovem e mantêm o controle glicêmico adequado, minimizando ou impedindo as complicações agudas ou crônicas decorrentes do mau controle glicêmico.

A relação da prevenção das complicações com o controle glicêmico foi evidenciada no resultado de uma grande estudo multicentrico denominado United Kingdom Prospective Diabetes Study (UKPDS) realizado com portadores de DM 2 que teve como resultado: “ ... que o bom controle metabólico do diabetes e condições mórbidas associadas permitem a

prevenção dessa complicações ou o retardo de sua progressão ... “(Oliveira e Milech ,2004, p. 31)

Como eventos agudos, podemos destacar: a cetoacidose diabética; o coma hiperosmolar; a hipoglicemia e a acidose láctica, enquanto os crônicos se dividem em complicações microvasculares e macrovasculares onde está inserida a complicação do tipo PD.

Quadro 2 - Principais Ações de Autocuidado do Papel de Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM , Rio de Janeiro – 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO
1. Administrar dose SOS de insulina regular.
2. Administrar os anti-diabéticos orais conforme a orientação e prescrição.
3. Agir de forma adequada para corrigir as hiperglicemias.
4. Agir de forma adequada para corrigir hipoglicemias.
5. Armazenar de modo correto a insulina.
6. Auto-ajustar as doses de insulina.
7. Auto-educação em DM.
8. Carregar identificação com informações que é portador de DM.
9. Cumprir rigorosamente os horários da terapêutica medicamentosa.
10. Desempenhar técnica correta para o preparo da insulina.
11. Promover a auto-educação permanente.
12. Realizar automonitorização da glicemia capilar periférica.
13. Realizar exames clínicos de rotina e automonitorar.
14. Realizar glicemia capilar periférica antes e após da prática de atividades físicas.
15. Realizar glicemia capilar periférica antes e após da prática de atividades físicas.

16. Realizar refeições balanceadas e regulares.
17. Realizar rodízio dos locais de aplicação da insulina.
18. Reconhecer as alterações do aspecto da insulina.
19. Reconhecer os sinais e sintomas da hiperglicemia.
20. Reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicemia.
21. Registrar os resultados da automonitorização da glicemia.
22. Ter acompanhamento clínico especializado em DM com equipe multiprofissional.
23. Ter sempre a mão algum tipo de alimento que contenha carboidratos.
24. Usar a técnica correta para a administração da insulina.

É importante frisar que os papéis de autocuidado se inter-relacionam e conforme vão se afastando do seu ponto de partida, que é a manutenção da saúde, são agregadas ações que permitem contemplar cada vez mais aspectos relacionados não só com a patologia, mas do cliente convivendo com a doença em seu ambiente social.

Neste grupo de ações, foram relacionadas aquelas que dizem respeito à capacidade de compreensão das orientações e cuidados de enfermagem para desempenho do autocuidado, uma vez que, são ações repetitivas e diárias nas quais, se exige do cliente uma capacidade de reflexão para a tomada de decisão correta tanto para prevenção dos eventos agudos e crônicos, como para as intervenções diretas e imediatas para correção dos eventos agudos.

Para tais ações, o conhecimento e reconhecimento dos sinais e sintomas da hiperglicemia e hipoglicemia, bem como as influências diretas e indiretas da alimentação, dos medicamentos e da atividade física sobre a glicemia devem ser trabalhados e reforçados a cada CE.

Cabe destacar que ao longo dos anos de trabalho com os portadores de DM, identifiquei uma grande dificuldade apresentada e a ser superada no desempenho deste papel, no que diz

respeito aos aspectos nutricionais, que tem no fator socioeconômico o grande determinante no bom controle glicêmico. Uma vez que o custo de uma alimentação balanceada com o implemento de produtos *Diet* nem sempre estão acessíveis a grande maioria

Um aspecto importante neste segundo papel é o fato de para o desempenho de algumas das ações descritas pode ser necessário o auxílio de uma pessoa próxima seja para preparar a dose de insulina a ser administrada por conta de comprometimento visual, seja para superar o medo da auto-aplicação ou para realização de um melhor rodízio dos locais de aplicação da insulina.

C - Autodiagnóstico, Autotratamento, Automedicação da complicação crônica do tipo PD.

É o manuseio das informações e orientações a respeito da doença a fim de que as habilidades treinadas possam ser colocadas em prática face às possíveis complicações; em outras palavras, é o próprio manejo da doença.

Tem como base e suporte a prática e as definições dos dois papéis anteriores, foi possível identificar e relacionar ações específicas de autocuidado para prevenção do PD.

Quadro 3 - Principais Ações de Autocuidado do Papel de autocuidado de Autodiagnóstico, Autotratamento e Automedicação da complicação crônica do tipo PD, Rio de Janeiro - 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO
1. Alternar o a utilização de calçados adequados.
2. Aplicar cremes hidratantes somente na região plantar.
3. Comprar sapatos adequados ao final do dia.
4. Evitar andar descalço.

5. Evitar deixar o pé molho principalmente em água quente.
6. Evitar o uso de alicates para retirada de cutículas
7. Evitar o uso de chinelos de tiras.
8. Evitar o uso de esmaltes escuros.
9. Evitar o uso direto de talcos anti-sépticos.
10. Higienizar os pés.
11. Inspeccionar as meias ao retirá-las.
12. Inspeccionar os calçados antes calçá-los.
13. Não utilizar instrumentos de corte como giletes ou raladores para retirada de calos ou para esfoliação da região plantar.
14. Realizar exercícios para fortalecimento, alongamento das articulações, tendões e musculatura dos pés.
15. Realizar o auto-exame dos pés.
16. Reconhecer as alterações nos pés.
17. Secar bem os pés principalmente entre os espaços interdigitais.
18. Usar meias de algodão.

As ações descritas no Quadro acima são as que somadas com as descritas nos dois papéis anteriores, permitirão uma proteção específica para o cliente minimizando o risco de desenvolver a complicação do tipo PD.

Para o desempenho pleno deste papel, se faz necessário o desenvolvimento e treinamento de habilidades que algumas vezes se tornam difíceis para o cliente executar, em função de limitações físicas, tais como: comprometimento da acuidade visual; atrofia

muscular e enrijecimento das articulações; aumento de peso o que dificultando tanto a inspeção quanto a palpação dos pés.

No que diz respeito ao uso de calçados adequados, que deveriam ser confeccionados sob medida, o seu valor de mercado é muito alto, fazendo com que quase a totalidade dos clientes não possa adquiri-los.

Na prática, usamos a estratégia de orientar a compra de calçados existentes no mercado com características que promovam segurança, conforto, ou seja: de couro macio; contraforte resistente; sem costuras internas; com uma boa profundidade interna; bico quadrado, solado resistente e que tenham valores mais acessíveis, juntamente com uma estética voltada para a saúde dos pés principalmente para as mulheres.

Uma outra estratégia é adaptação de solados mais resistentes ou a confecção de palmilhas sob medida possibilitando uma maior proteção dos pés com uma melhor distribuição da carga na região plantar.

Há principal ação nesse grupo a ser incentivada a cada CE é o auto-exame dos pés, essa ação diária permite a identificação precoce de problemas tais como: fissuras; calosidades; traumas; micose interdigital e alteração na temperatura dos membros inferiores. Como a clientela assistida nos serviços públicos é muito diferenciada existindo muitos que não podem fazer as adaptações ou substituições de sapatos, pois exige algum gasto financeiro, essa ação deve ser incorporada de fato pelo cliente.

Mesmo aqueles que não apresentam nenhum tipo de limitação física que dificulte o auto-exame, é importante que esporadicamente solicite além da avaliação periódica por um profissional de saúde que em casa um familiar faça essa inspeção para certificação das condições dos pés.

Esse aspecto se baseia na vivência com essa clientela uma vez que mesmo em uso de calçados adequados algumas clientes não conseguem identificar o desgaste das características

de proteção e segurança dos calçados, o que pode ocasionar lesões, pois pensam que o calçado adequado substitui o auto-exame.

D - Participação ativa em serviços de saúde

São todas as ações que incluem o uso por parte dos clientes portadores de DM das estruturas disponíveis de apoio em saúde, a fim de que os mesmos se tornem ativos nas decisões sobre seu tratamento, visando à continuidade da sua autonomia e independência.

Neste papel, são tratadas a capacidade e habilidade do cliente em buscar e escolher o tipo e o momento apropriado dos serviços e profissionais de saúde.

Quadro 4 - Principais Ações de Autocuidado do Papel de Autocuidado da Participação ativa em Serviços de Saúde, Rio de Janeiro - 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO
1. Buscar os direitos de atendimento assegurados por lei, aos portadores de doenças crônicas, junto aos serviços de saúde.
2. Dialogar a respeito das dúvidas e inseguranças do tratamento, com os profissionais de saúde nas atividades educativas.
3. Participar de forma ativa das associações de portadores de DM.
4. Prever a sua necessidade de medicamentos (Insulinas e antidiabéticos orais) e insumos (seringas, tiras reagentes e palmilhas).
5. Ser acompanhado em programas de atenção aos portadores de DM com consultas multiprofissionais: Endocrinologista, Cardiologista, Nefrologista, Oftalmologista, Nutricionista, Fisioterapeuta, Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Odontólogo, Serviço social, Psicólogo e Podólogo, Serviço social.
6. Ser membro de Associações de Diabéticos ou similares.

As ações a serem desempenhadas neste papel possuem um caráter do exercício da cidadania e da participação social nas discussões de saúde, permitindo voz ao cliente para que ele uma vez ciente e consciente possa de forma organizada escolher os serviços que melhor atende as suas necessidades, bem como exigir melhoria de qualidade ou a criação de novos serviços especializados para o atendimento.

2.2 A Pirâmide de Autocuidado

Para facilitar a compreensão da dinâmica do autocuidado, foi adaptada para este estudo a representação esquemática do Self-Care Project do Canadá (1997) da *The Healf Care Pyramid*. O esquema proposto tem como objetivo evidenciar a necessidade do autocuidado frente a um agravo de saúde, que no caso é o DM.

Na base, estão representadas as outras pessoas que lidam e interagem direta ou indiretamente com o cliente, a fim de promover, estimular, construir, manter, dentre outras ações, o autocuidado. Os ambientes físico, social e econômico são representados pela elipse que envolve a pirâmide, apontando não só para um olhar holístico, mas também e principalmente, para uma abordagem considerando o processo de desenvolvimento e história de vida do cliente.

A equipe do Projeto de Saúde do Canadá (1997) lista cinco recursos básicos do modelo de promoção da saúde centrado no sujeito que enfrenta um problema e que deseja melhorar ou manter sua saúde: o próprio sujeito, outras pessoas, o profissional de saúde, a informação e o meio ambiente. Daí, analisa o autocuidado como a ação associada ao uso do sujeito como recurso, cuidando da sua própria saúde e agindo de forma autônoma. Baseia-se na teoria de enfermagem do déficit de autocuidado, desenvolvida por Dorothea Orem, entre os anos de 1958 e 1965, que formou uma base para pesquisa, formação curricular e organização dos departamentos de enfermagem em hospitais e serviços de saúde comunitários no Canadá.

Entretanto, reconhece que um número de modificações nos determinantes da saúde devem ser considerados quando se planejam estratégias para influenciar o estado de saúde da população, identificando três grandes desafios: a redução das incapacidades, a melhoria da prevenção, e o estímulo da capacidade dos sujeitos em lidar com condições crônicas e outros problemas de saúde.

Figura 1 - Pirâmide de Autocuidado

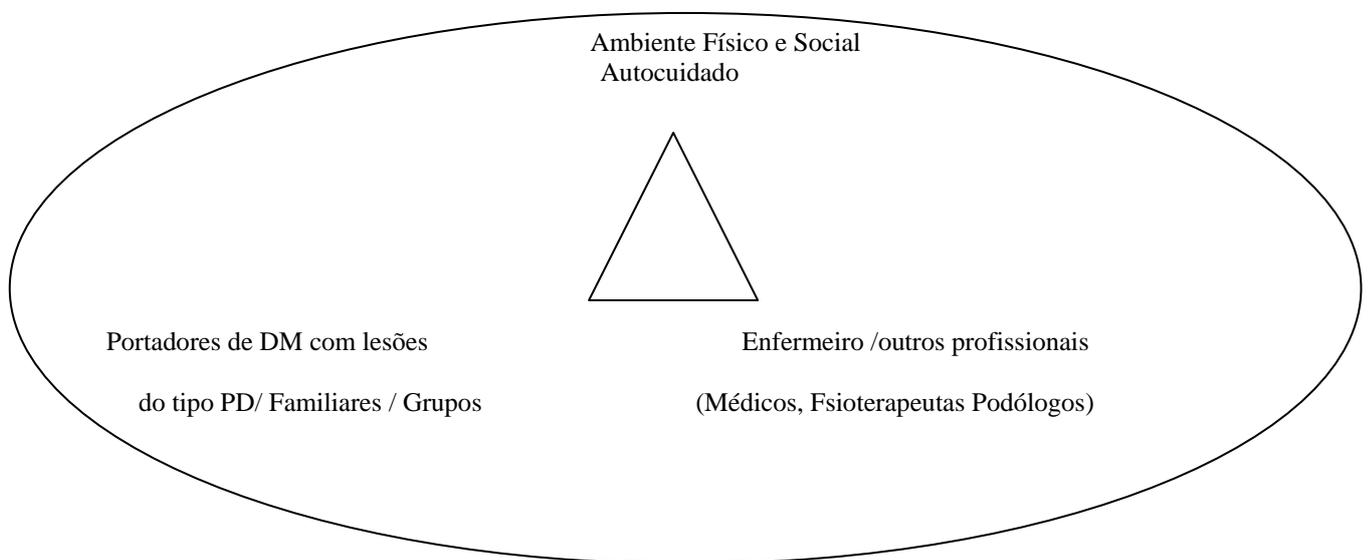


Figura 1 – Pirâmide de Autocuidado

Fonte: Adaptado de: CANADA. Health Promotion and Programs Branch, Health Canadá. Supporting self-care: the contribution of nurses and physicians. Minister of Public Works and Government Services 07 Canada, 1997. p.5.

2.3 Inter-relação entre os conceitos dos Papéis de Autocuidado e a Pirâmide de Autocuidado

Os modelos apresentados anteriormente como base teórica para discussão do autocuidado se inter-relacionam e se justapõem como representado no esquema na Figura 2.

Figura 2 - Inter-relação entre os conceitos da pirâmide de autocuidado e os papéis de autocuidado



Figura - 2 Inter-relação entre os conceitos da pirâmide de autocuidado e os papéis de autocuidado

Fonte: Adaptado de: CANADA. Health Promotion and Programs Branch , Helath Canadá. Supporting self-care: the contribution of nurses and physicians. Minister of Public Works and Government Services 07 Canada, 1997. p.5.

A representação esquemática tem a finalidade de ajudar a visualização da meta maior a ser alcançada quando se trabalha em uma perspectiva de educação para o autocuidado que é a independência e a autonomia do cliente, a partir da sua participação ativa ao longo do processo.

Da mesma forma, mostra a superposição de estágios que ajudam a fortalecer os conceitos, as habilidades, as competências dos clientes para o desempenho dos papéis de autocuidado.

É importante sempre reforçar que essa construção tem sua gênese no cliente inserido em seu ambiente, sendo preciso considerar todas as variáveis que interferem direta e indiretamente para o desempenho satisfatório dos papéis de autocuidado.

Inicialmente é fundamental a investigação e identificação dos recursos que o cliente apresenta, a saber: aspectos culturais, intelectuais, espirituais e econômicos.

Essa identificação configura as práticas de saúde já adotadas pelo cliente como a base do esquema, no qual o papel da manutenção da saúde está inserido.

Na mesma base aparecem os clientes, os familiares, os grupos, o enfermeiro e a equipe multiprofissional como atores ativos que interagem, que se confrontam para dar equilíbrio e uma base sólida à pirâmide, visando à construção de uma filosofia de hábitos saudáveis de vida, impactando diretamente na qualidade de vida do cliente portador de DM.

Uma vez constituída uma base sólida de hábitos de ações de manutenção da saúde, passamos para o espaço da prevenção propriamente dita, e para estudo o da complicação do tipo PD.

É oportuno resgatar, neste estudo, que por mais ênfase que se dê ao pé, a prevenção da complicação do PD é feita de uma forma global, considerando o corpo em sua totalidade e integralidade; por isso, muitas das ações que serão discutidas referem-se ao corpo além das específicas com os pés.

No nível de prevenção, o patamar primordial para qualquer intervenção contra as complicações agudas ou crônicas é o controle glicêmico que deve ser buscado de uma forma persistente e contínua, tendo como estratégias os quatro pilares já validados dentro tratamento global do DM, estendidos ao cuidado de enfermagem hospitalar para os portadores de DM.

O primeiro deles é o estímulo à reeducação alimentar, com proposta de um plano alimentar individualizado, considerando as reais possibilidades do cliente, tais como hábito cultural e condição socioeconômica.

É relevante refletir que esse pilar tem sido uma dos grandes desafios a serem vencidos, uma vez que muitas das orientações padronizadas, com base em pressupostos teóricos, preconizam esquemas de horários e qualidades de alimentos, que ainda estão muito aquém das possibilidades reais dos clientes que são atendidos nos serviços públicos de saúde.

O segundo pilar, que estrutura o plano terapêutico do portador de DM, diz respeito à atividade física, que comumente também é negligenciada por muitos clientes com desculpas do tipo: tenho preguiça ou não tenho tempo.

O terceiro e o quarto pilar são respectivamente: a auto-administração correto dos medicamentos no qual o treinamento de habilidades se faz necessário como também a quebra de tabus e medos como o do uso da insulina; e a auto-educação que deve ser incentivada, com o propósito da busca de informações a respeito da doença e do tratamento.

Esses pilares preparam a base para uma mudança no estilo de vida, que deve ser gradual e contínua, respeitando o tempo de cada cliente, mas fazendo-o compreender que o tempo de demora ou retardo de mudança de comportamento não pode ser recuperado e que todos esses aspectos destinam a proporcionar um melhor controle glicêmico.

Os cuidados específicos para com os pés, neste patamar da prevenção, vão de encontro experiência de vida do cliente. Culturalmente, mexe com a auto-imagem, principalmente com

as mulheres quando são dadas orientações para compra de sapatos que não são os da moda, o que causa grande resistência.

Como já dito, a interação e inter-relação dos papéis de autocuidado é dinâmica e justaposta, o que reforça a cada momento as orientações e práticas das habilidades, que entrelaçam os papéis e separados por questões didáticas por categorias para facilitar a sua compreensão.

Neste próximo degrau que se configura com aplicação de tudo que foi trabalhado anteriormente nos dois degraus, encontramos se podemos assim dizer, o cliente só e já devidamente instrumentalizado para trabalhar e cuidar do seu autocuidado. Sendo identificado, também, para fins didáticos os papéis de autodiagnóstico, autotramento e automedicação que lhe proporcionarão a autonomia para conduzir o DM.

O cume da pirâmide é representado pela participação dos serviços de saúde, que esteve também presente no outros degraus, mas que aqui se destaca para dar ênfase à base do autocuidado, tendo a sua origem no cliente como forma de sobrevivência e manutenção da vida, como também já citado e reforçado por Caponi (1997), sendo um movimento de baixo para cima, ou seja, do cliente para os serviços de saúde.

Esse cume aponta para a ponta da pirâmide, onde estão representados os recursos básicos para promoção do autocuidado como produto final e que de certa forma retroalimenta o sistema com a participação dos serviços de saúde, sendo parceiros do cliente nesta construção de independência e autonomia com vistas à qualidade de vida, à promoção e à manutenção da saúde.

Resumindo a representação esquemática com vistas à prevenção da complicação do PD em mensagens, temos:

- que a sensibilização do cliente para o desempenho dos papéis de autocuidado nasce e tem a sua base no cliente;

- que o autocuidado deve ser cuidado dentro de uma perspectiva de um corpo e não dentro de um pé doente ou com riscos de adoecer; de forma isolada e desarticulada;

- que a participação dos serviços de saúde, familiares e grupos devem ter um caráter de condução e acompanhamento desse cliente no desempenho dos papéis de autocuidado e que a sua principal estratégia é o processo de ensino e aprendizagem;

III - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.2 A Consulta de Enfermagem na promoção dos papéis de autocuidado ao portador de Diabetes Mellitus

Antes de falar propriamente da CE de enfermagem ao portador de DM , é importante entendermos a construção da sua trajetória para podermos discutir um modelo que atenda aos objetivos da promoção do autocuidado segundo necessidades e peculiaridades dessa clientela específica.

A CE existe desde a década de 20 com a denominação de entrevista pós-clínica, com caráter de complementação a consulta médica.

Ao longo dessa trajetória podemos destacar quatro fases que dizem respeito às transformações pelas quais a enfermagem passou, até a sua legitimação com a Lei nº. 7498 do exercício profissional de 1986.

A primeira fase corresponde à época do surgimento da Escola de Enfermagem Ana Néri, em 1923, quando a enfermeira de Saúde Pública se destacou na atuação junto a clientes nos centros de saúde e na visitação domiciliar, com enfoque para uma prática educativa. Contando com o apoio imprescindível de médicos como Carlos Chagas e das enfermeiras americanas, responsáveis pela implantação da consulta de enfermagem no país.

Em 1925, as enfermeiras americanas ofereceram grandes contribuições ao processo de implantação da Consulta de Enfermagem, sendo enfatizado a função educativa exercida pela enfermeira.

A segunda fase foi marcada pela influência das mudanças do panorama político e administrativo do país, com a criação dos Ministérios da Educação e da Saúde, e com regulamentação do exercício da profissão de enfermagem.

No Rio de Janeiro, em 1938, como então capital federal, as enfermeiras conquistaram, para a categoria a organização dos serviços de Saúde Pública, nos estados, perdendo assim, espaço na atuação direta ao cliente, com a responsabilidade das funções normativas. Sendo essa atribuição suspensa no ano seguinte.

Em contraposição, aumentava o número de candidatas à Escola de Enfermagem Ana Néri. Essa fase estendeu-se até a Segunda Grande Guerra.

O pós-guerra marca a terceira fase da evolução da CE no Brasil, com uma imagem mais positiva para a enfermagem. Com a criação e aperfeiçoamento das escolas de enfermagem, algumas incorporadas às universidades e à criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP).

A quarta e última fase, teve início em 1956, com o surgimento das primeiras pesquisas de enfermagem, a realização de congressos abordando resultados de pesquisas, reformas do ensino das escolas de enfermagem e a inclusão da enfermeira nas equipes de planejamento de saúde.

Na história da enfermagem brasileira a CE se consolidou na área de Saúde Pública. A atividade nesse tempo, já estava sendo realizada em outros países, como os Estados Unidos e Inglaterra.

Atualmente, podemos observar a CE em diversos programas, especialmente os voltados para as doenças crônicas.

Diferentemente da consulta médica ao longo da trajetória a CE, tem procurado manter o seu foco central no cliente e não na patologia. Esse diferencial tem sido fundamental, pois, possibilita um planejamento de intervenção na compreensão do cliente na sua totalidade e integralidade.

Rosas (2003) completa esse pensamento ao comentar que CE possibilita a interação de: "... Enfermeiras e demais elementos da equipe de saúde, pois o cliente precisa ser atendido

com a especificidade propicia ao grupo humano a que pertence, sendo o sujeito do seu processo saúde-doença.” (Rosas, 2003, p.41) , como ser integral dentro de um ecossistema.

Ao identificar a posição da CE dentro do panorama de saúde Rosas (2003) destaca que:

“... Consulta de Enfermagem, é praticada pelas Enfermeiras nos diversos Programas de Saúde normatizados pelo Ministério da Saúde, vêm se caracterizando como uma estratégia na prestação de assistência pela equipe de Saúde, para os grupos humanos através do Programa Saúde da Família.” (Rosas, 2003, p. 31)

Segundo Vanzin e Nery (1996), a Consulta de Enfermagem é a atenção prestada ao indivíduo, a família e a comunidade de modo sistemático e contínuo, realizada pelo profissional enfermeiro com a finalidade de promover a saúde mediante o diagnóstico e tratamento precoce.

Na minha experiência com a CE, tenho procurado estabelecer uma relação dialógica através de ações humanizadas na tentativa de uma aproximação maior com o universo do cliente a fim de compreendê-lo e poder ajudá-lo a superar as dificuldades no gerenciamento do DM.

Durante a consulta, uma ferramenta importante tem sido o uso de um instrumento para o registro dos achados clínicos e dos hábitos de saúde tais como: dados de identificação; história patológica pregressa; hábitos de saúde, exame físico, diagnóstico de enfermagem e evolução.

Com o apoio de uma auxiliar de enfermagem, os seguintes procedimentos são realizados antes da consulta: a conferência do prontuário do cliente; a verificação da glicemia capilar periférica; a aferição da pressão arterial sistêmica; a medida do peso corporal; a medida da altura e a cintura abdominal além da conferência e preenchimento de alguns impressos de ordem interna da instituição. Uma vez diante desses dados, é importante saber

se a consulta é de primeira vez ou de retorno, para adequação do conteúdo a ser transmitido. Identificar as principais queixas e manifestações verbalizadas ou não, para construir conjuntamente com o cliente as relações de causa e efeito do desempenho dos papéis de autocuidado também deve observado.

A pactuação das estratégias para o enfrentamento e superação das dificuldades e problemas, precisa ser discutida exaustivamente, com o estabelecimento de metas a curto, médio e em longo prazo. É fato que muitos clientes após passarem pela consulta médica e ao receberem o diagnóstico de DM, chegam sem compreenderem o que é o DM, e as suas implicações para o resto de suas vidas. Então um dos pontos fundamentais é fazer com que o cliente entenda o que esta acontecendo com seu corpo, para poder articular o desempenho do autocuidado.

A ação educativa do enfermeiro se faz fundamental, pois daquele ponto em diante as escolhas e decisões que o cliente vier a tomar serão decisivas para o seu bem-estar e qualidade de vida.

Identificando-se as reações emocionais em relação à doença como medo, revolta, culpa, especialmente quando é explicada a terapêutica insulínica, que os clientes relacionam com a gravidade do DM, e que com o passar do tempo nos remete as questões do corpo do autoconhecimento e das suas reações e manifestações.

Nesse ponto a utilização de material explicativo no formato de texto e figuras do DM tem sido muito positivo, para compreensão do funcionamento do metabolismo do corpo. Como muito do que se fala acaba se perdendo, o reforço das informações e orientações orais, com a distribuição de material escrito para servir de auxílio no caso de dúvidas, tem sido estratégico.

O conteúdo desse material deve ser de linguagem simples, ilustrativo contemplando as situações mais comuns como: hipoglicemia e hiperglicemia; auto-administração de insulina; orientação alimentar e cuidados com os pés.

Um outro aspecto fundamental é a presença de um acompanhante para poder dividir o peso daquele momento principalmente nos recém diagnosticados e na manifestação das complicações, para poder colaborar no cotidiano das modificações e adaptações no estilo de vida.

O retorno precoce dentro de no máximo 7 a 15 dias, conforme a possibilidade do cliente, para os casos de primeira vez é outra estratégia lançada mão visto a necessidade da avaliação em curto prazo, do autogerenciamento domiciliar.

Para garantir que o cliente consiga superar os medos principalmente na autoadministração da insulina, o treinamento dessa ação de autocuidado, também deve ser realizado na consulta dando destaque para os seguintes aspectos: conservação da insulina; diferença entre os tipos de insulina; rodízio dos locais de aplicação, locais de aplicação; preparo da dose e a autoaplicação propriamente dita.

Outros resultados positivos, como a demonstração do preparo das doses com os insumos que o cliente receberá para levar para casa, ou seja, utilizar à mesma seringa e o mesmo tipo de insulina para demonstração e a seguir pedir para que o cliente repita os passos, tem sido importante na superação dos medos.

Nesse momento o enfermeiro precisa ter criatividade para superar as limitações apresentadas pelos clientes como: a dificuldade visual; a inexistência de um familiar; o baixo poder econômico para um retorno mais curto a consulta; a não aceitação em auto-aplicar a insulina, dentre outros.

O que mostra o perfil da clientela atendida nas instituições públicas, que na sua maioria são idosos, de baixa escolaridade, baixo poder econômico que são determinantes diretos e indiretos do desempenho pleno dos papéis de autocuidado.

Quando há necessidade da administração de uma dose de insulina regular durante a CE seja na primeira vez ou nas subseqüentes é solicitado que o cliente realize todo o procedimento para que se possam identificar dificuldades ou mesmo os erros que ainda persistem no cotidiano do cliente.

O mesmo se aplica para a automonitorização da glicemia capilar periférica, que deve ser incentivada a fim que o bom controle glicêmico seja alcançado. Com vista à prevenção da complicação do tipo PD, também são passadas algumas orientações básicas e agendado uma consulta específica para avaliação do grau de risco para o desenvolvimento do PD.

Nesta consulta de avaliação do grau de risco para o PD, é solicitado que o cliente leve dois ou três pares de sapatos que costume usar, para orientação dos mais adequados, bem como a avaliação do estado geral.

A avaliação consiste no preenchimento de um instrumento no qual são investigados os aspectos clínicos, físicos, sociais e econômicos que contribuem para o desenvolvimento do PD.

É realizada uma avaliação específica dos membros inferiores inspeção, palpação de pulsos e reflexo aquileu, juntamente com a realização dos testes de sensibilidade: tátil, vibratória, térmica e dolorosa, para posterior composição do escore do grau de risco para o PD, ver anexo A.

Durante essa consulta é enfatizado e estimulado exaustivamente a avaliação diária dos pés seja pelo cliente seja por um familiar e ou cuidador. Essa avaliação também depende do desenvolvimento de habilidades físicas para se ter condições de uma boa visualização dos pés.

São também ensinados alguns exercícios para o alongamento das estruturas dos pés e para estímulo da sensibilidade e fornecidas orientações do cuidado com os pés e para a compra de sapatos adequados

Caso seja identificada a presença de lesões é agendado um horário no ambulatório de curativos. Se houver também a necessidades de tratamento podológico para as orientações do corte adequado das unhas e outros cuidados é feito o agendamento, e esses procedimentos são realizados pelo enfermeiro e pelo auxiliar de enfermagem capacitado.

Conclui-se que CE ela é dinâmica e interativa, tendo a sua linha condutora o próprio cliente que dependendo da sua condição não só física, mas principalmente mental e espiritual conduzindo para diferentes lados, mas nunca perdendo a meta do bom controle glicêmico, com vistas a autonomia do cliente para o autogerenciamento do DM, e por extensão da redução das complicações e manutenção do bem-estar e qualidade de vida.

3.2 O pé diabético não é o pé de todo cliente portador de DM

A utilização da locução PD tem sido aplicada inapropriadamente tanto na literatura internacional como nacional. Na internacional, as primeiras citações em 1965, por Artur Mickelberg, em 1971 por Barner et al. e em 1972 por Kahan et al., como destaca Duque (2001). No Brasil, temos Arduíno como precursor do uso do termo, como citado por RC Mayall em 1975.

A locução não consegue dar conta da complexidade dos mecanismos presentes no processo da gênese do PD, uma vez que induz a uma abrangência e inespecificidade dos aspectos envolvidos.

O mesmo tem sido adotado universalmente, o que tem favorecido à divulgação dos conhecimentos em relação à patologia como também a padronização de ações em nível internacional para enfrentamento dessa complicação, justificada por Pedrosa (2002, p.135-

138), pelo fato de “além do enfoque multiprofissional faz-se necessário uniformizar as condutas. Os caminhos que conduzem á ulceração são os mesmos em várias partes do mundo”.

A diversidade de condutas foi influenciada por questões culturais, recursos financeiros, falta de informação e pela falta de base científica gerando divergência de dados como também diversos trabalhos com condutas diferentes em várias partes do mundo. Foi em 1999 que se iniciaram os trabalhos do Grupo Internacional de Tratamento do Pé Diabético - GITPD, com a participação de representantes de vários países, inclusive o Brasil.

Os membros do GITPD tiveram os seguintes deveres: comunicar e apresentar o documento às instituições gestoras e científicas nacionais; obter recursos para a tradução no respectivo idioma, permitindo-se modificações para melhorar adaptação à realidade local; sobretudo, com base nas diferenças culturais e socioeconômicas; divulgar o documento; e implementar as diretrizes práticas nos serviços existentes e estimular a criação de novos, se possível já com base nas DP.

O que faz com que exista uma perspectiva real de ações preventivas como: o controle metabólico; a educação; a busca dos fatores de risco (dislipidemias, fumo, hipertensão arterial) e pelo exame periódico dos pés.

Como fatores associados ao desenvolvimento do PD, podemos destacar: história prévia de úlcera ou amputação; a neuropatia sensitivo-motora; traumas decorrentes de situações específicas tais como: o uso de calçados inadequados andar descalço quedas, acidentes, objetos no interior dos sapatos; alterações na biomecânica com limitação da mobilidade articular, deformidades ósseas, osteoartropatia e calos; doença vascular periférica; e condição socioeconômica com educação terapêutica precária, dificuldade de acesso aos serviços públicos e baixa renda.

Dentre os fatores de risco mais significativos e presentes, está a Neuropatia Sensitivo-Motora Periférica Crônica (NSMPC), que atua como fator permissivo pela insensibilidade resultante. A prevalência da NSMPC é de 30 a 70%, enquanto a da Doença Vascular periférica (DVP) é estimada em 10-20%. Cerca de 80 a 90% das úlceras são precipitadas por trauma extrínseco, sendo de suma importância à educação e orientação dos clientes em relação a cuidados como: o uso de calçados inadequados, que são aqueles que não oferecem uma proteção e traumatizam os pés; não andar descalços; não deixar os pés de molho em água quente; dentre outros.

As lesões no PD resultam da combinação de dois ou mais fatores de risco atuando conjuntamente, precipitados por traumas intrínsecos ou extrínsecos. A neuropatia periférica concorre com o comprometimento de todas as fibras (curtas e longas, sensitivas, motoras e autonômicas).

O componente sensitivo implica em perda gradual da sensibilidade à dor, percepção da pressão plantar, temperatura e propriocepção, enquanto o componente motor contribui para atrofia e fraqueza dos pequenos músculos dorsais, acarretando desequilíbrio entre tendões flexores e extensores, deformidades e alteração no modo de caminhar.

3.3 A Ação Educativa do Enfermeiro na Promoção dos Papéis de Autocuidado: uma aproximação ao pensamento de Vygotsky

Para dar conta do desafio da relação dos papéis de autocuidado a serem desempenhados pelos os clientes portadores de DM para a prevenção das complicações do tipo PD, foi necessário reflexões relacionadas a ação educativa desenvolvida pelo enfermeiro na prática da educação em saúde .

Dilly e Jesus (1995, p.101) apresentam o enfermeiro como sendo : “ o elemento que em sua formação possui, em maior grau, os requisitos necessários ao desenvolvimento da tarefa de ensinar questões relativas a saúde”, trazendo para sua prática profissional questões sobre como instrumentalizar o cliente para o autogerenciamento da sua doença.

Melek e Schir (2006) ao estudarem a concepção do “Ser Educador” em enfermagem nos alertam para alguns pensamentos equivocados correntes em nosso meio no que diz respeito inexistência de exigências de preparo específico para a prática do exercício profissional e dessa forma afirmam que: “jamais poderíamos partir do pressuposto de que o educador já nasce feito e acabado. Muito pelo contrario, se partíssemos deste pressuposto, os professores já possuíram qualidades natas e não precisariam de uma formação sólida e criteriosa.” (Melek e Schir, 2006, p. 61).

Exigindo por parte do enfermeiro na ação educativa o domínio de conteúdos específicos e didático–pedagógicos para a partir da reflexão da sua realidade elaborar as suas ações em como transmitir as ações presentes nos papéis de autocuidado, corroborando com Oliveira (1999) ao destacar que pesquisas em enfermagem tem apontado o enfermeiro como elemento da equipe interdisciplinar de saúde capaz de desenvolver programas educativos e materiais didático para informar adequadamente problemas de saúde a comunidade, como na utilização do seu conhecimento possibilitando mudanças a curto, médio e longo prazo de atitudes e comportamento nos clientes.

HILL e SMITH (1985) apontam semelhanças e diferenças entre a educação do cliente e para o autocuidado. Tendo como bases comuns os seguintes aspectos: 1) uso de teorias de aprendizagem; 2) uso de recursos humanos; 3) o grupo de clientes, que podem ser internados, atendidos a nível ambulatorial ou no domicílio (homecare). As diferenças entre a educação para o autocuidado e a educação em saúde dizem respeito aos objetivos, desempenhado pelo

profissional e pelo cliente, como também a filosofia adotada e aspectos econômicos/financeiros/logísticos.

A educação para o autocuidado deve ser desenvolvida a partir das necessidades e preferências do sujeito. Geralmente, na CE de primeira vez, introduzem-se noções sobre diabetes, orientações sobre realização de exames domiciliares e sobre uso de medicamentos, cuidados com os pés, cuidados para a realização de exercícios físicos e cuidados com a higiene corporal e do ambiente doméstico e de trabalho. Por outro lado, se o cliente, já na consulta de primeira vez, apresenta ou conhece o conteúdo apresentado, poderá ser discutido outro aspecto de acordo com a necessidade atual.

O papel da educação para o autocuidado na CE pode ser definido pela posição das necessidades de cuidado do cliente, sob condições específicas, na qual o cliente pode estar bem e necessitar de informação para se manter bem.

Buscando aspectos na psicologia humana encontrei um curioso prodígio que, apesar da sua curta trajetória de vida, nos deixou um enorme legado de conceitos referentes ao processo de desenvolvimento humano que nas últimas décadas tem sido aplicado, amplamente no campo da educação.

Seu nome é Lev Semyonovitch Vygotsky, nasceu na Bileo-Rússia, na cidade de Orsha em 17 de novembro de 1896. Membro de uma família judia, a qual possuía uma situação econômica confortável, lhe foi proporcionada uma educação de alta qualidade, estando formado em 1917 em Direito, pela Universidade de Moscou.

Paralelamente ao curso de direito, freqüentou cursos de história e filosofia, como também aprofundou conhecimentos em psicologia na Universidade popular de Shanyavskii. Posteriormente, também estudou medicina em Moscou e em Kharkov, em função do seu interesse, em trabalhar com problemas neurológicos como forma de compreender o funcionamento psicológico do homem como dito por Oliveira (1997).

Em 1924 casou-se, tendo duas filhas. Em 11 de junho de 1934 veio a falecer de tuberculose, doença esta que já o acompanhava de desde 1920.

Uma vez feita este breve biografia, passarei a destacar alguns dos pensamentos e conceitos que se relacionam com a temática da pesquisa.

É importante destacar que suas obras se tornaram conhecidas no Brasil a partir de 1984, com a publicação da coletânea - A Formação social da mente no Brasil, seguida em 1987 com - Pensamento e Linguagem no Brasil e em 1988 - Aprendizagem e desenvolvimento intelectual na idade escolar.

Vygostky participava de um grupo de estudos que buscava a síntese das duas correntes da psicologia, a ciência natural e da ciência mental, tendo como síntese que o homem enquanto corpo e mente, enquanto ser biológico e ser social, enquanto membro da espécie humana e participante de um processo histórico.

Tal abordagem tem como desdobramento a construção dos pilares do pensamento de Vygostky, como descritos a seguir:

- As funções psicológicas têm um suporte biológico pois são produtos da atividade cerebral;
- O funcionamento psicológico fundamenta-se nas relações sociais entre o indivíduo e o mundo exterior, as quais desenvolvem-se num processo histórico;
- A relação homem / mundo é uma relação mediada por sistemas simbólicos. (Oliveira, 1997, p.23)

Desdobrando um pouco mais esses conceitos, ao analisarmos o primeiro pilar no que diz respeito às questões cerebrais, o cérebro é entendido, segundo Oliveira (1997, p.24), como “um sistema aberto, de grande plasticidade, cuja estrutura e modos de funcionamento são moldados ao longo da história da espécie e do desenvolvimento individual”.

Mostrando, assim, que os aspectos fisiológicos estão relacionados ao funcionamento psicológico. O que indica limites e possibilidades para a promoção plena dos papéis de autocuidado, tendo em vista o predomínio do modelo biomédico em nossas ações.

O cérebro é entendido como uma estrutura mutável e maleável ao longo do processo histórico individual do desenvolvimento o que nos remete a uma possibilidade de construção de novas aprendizagens, a saber, a do autocuidado.

As funções cognitivas do portador de DM podem ter estar comprometidas com a idade e com o tempo de doença principalmente, devendo ser considerado esse aspecto do declínio da função cognitiva, ao se planejar as ações educativas, o que pode acarretar dificuldades no aprendizado dos papéis de autocuidado.

O segundo pilar aborda uma base material que se faz em desenvolvimento ao longo a da vida e da própria espécie humana, explicando o homem que se transforma de ser biológico em ser sócio-histórico, através da cultura.

Chama a atenção, para a necessidade de valorizar, respeitar e integrar os conceitos, valores e crenças que fazem parte do cliente portador de DM, que estarão direta e indiretamente relacionados ao autocuidado, uma vez que servirão de subsídios para o enfermeiro no planejamento, implementação e avaliação do tipo de linguagem e estratégia a ser aplicada a essa clientela.

Oliveira (1997, p.24) explica da seguinte forma: “o funcionamento psicológico, particularmente no que se refere às questões superiores², tipicamente humanas, está baseado fortemente nos modos culturalmente construídos de ordenar o real”. Portanto, a cultura é a essência da constituição humana.

Para compreensão do terceiro pilar, se faz necessário o entendimento do conceito de mediação, como explicado por Oliveira (1997, p.24): “a relação do homem com o mundo não é uma relação direta, mas uma relação mediada, sendo os sistemas simbólicos os elementos intermediários entre o sujeito e o mundo”.

² Processos psicológicos superiores; são aqueles que caracterizam o funcionamento psicológico tipicamente humano: ações conscientemente controladas, atenção voluntária, memorização ativa, pensamento abstrato, comportamento intencional. (OLIVEIRA, 1987)

Esses mediadores são denominados de instrumentos e signos, que estabelecem uma triangulação para este estudo segundo a estrutura a seguir:

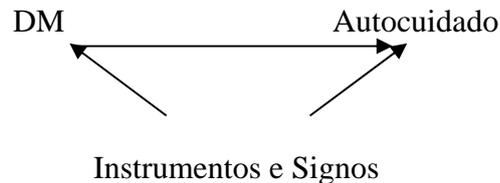


Figura 3 – Instrumento e signos como mediadores entre o portador de DM com lesões do tipo PD e seu autocuidado

Fonte: Adaptado de OLIVEIRA, Martha Kohl de. Vygostky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio –histórico. São Paulo: Scipione, 1997. p. 27.

Com base nas “idéias Marxistas”, os instrumentos são considerados elementos que interpostos entre o portador e o autocuidado como também carrega em si à função para a qual foi criado. Em se tratando do DM, eles são representados pelos dispositivos para auto-administração da insulina, pelos equipamentos para auto monitorização da glicose; os calçados adequados que, segundo a sua disponibilidade e utilização, serão determinantes de uma maior ou menor, melhor ou pior adesão e cumprimento dos papéis de autocuidado.

Já os signos, ao serem aplicados como elementos que representam ou expressam determinadas situações ou eventos, como por exemplo: os sinais e sintomas de hiperglicemia e de hipoglicemia além das evidências do pé em risco que devem ser utilizados para ativar funções psicológicas como lembranças, comparações, dentre outras e tarefas, que necessitam de memória ou atenção, que dizem respeito à prática diária dos papéis de autocuidado. Neste sentido é o resgate das ações descritas no papel de prevenção das complicações agudas e crônicas (ver item 2.1 letra B)

Para tal, serão considerados três aspectos relacionados ao processo de desempenho dos papéis de autocuidado: a percepção, a atenção e a memória da informação sobre os itens a ele relacionados que, neste estudo, serão enfocados à luz de Vygotsky.

A percepção ao longo do desenvolvimento humano deixa de ser um pressuposto das determinações fisiológicas dos órgãos sensoriais passando para um estágio mais complexo onde “deixa de ser uma relação direta entre o indivíduo e o meio, passando a ser mediada por conteúdos culturais” (OLIVEIRA, 1987, p.73).

Quando é apresentada a necessidade de mudanças no estilo de vida do cliente, sem dúvida nenhuma, os aspectos culturais são barreiras a serem vencidas, principalmente no que diz respeito aos hábitos alimentares, às crenças em relação à utilização de terapias alternativas para o controle do DM, dentre outros aspectos.

Sendo a percepção o mediador para o controle do DM, em função da sua percepção de vida, de mundo, da doença, o cliente poderá estar mais ou menos receptivo ao desempenho dos papéis de autocuidado.

A atenção ocorre um processo de mudança dos mecanismos neurológicos inatos passando para mecanismos mais seletivos das informações com as quais vai ocorrer algum tipo de interação, fazendo que a mesma se torne voluntária.

A aplicação da atenção se relaciona diretamente com os papéis de prevenção das complicações agudas e crônicas bem como os papéis de autodiagnóstico, autotratamento por se tratar de ações de caráter voluntário e contínuo.

A memória, assim como os dois aspectos anteriores, também passam por transformações, saindo do referencial de uma memória natural e involuntária de registros de experiências, que possibilita um acúmulo de informações para uso posterior, para uma memória mediada que além dos registros para recuperação e uso posterior se diferencia pela ação resgate voluntário dos conteúdos.

O resgate voluntário que é dado pela memória tem sua relação com os papéis a serem desempenhados para correção e prevenção das complicações agudas e crônicas.

Com a compreensão da percepção, atenção e memória nas relações do cliente e com meio o qual está inserido, o desafio a ser superado é o de trabalhar os conteúdos dos papéis de autocuidado, a fim que a independência e a autonomia do cliente sejam alcançadas, buscando sempre a identificação dos fatores que possam vir interferir no aprendizado e desempenho dos papéis, como também as estratégias para superá-las.

IV - METODOLOGIA

4.1 ABORDAGEM METODOLÓGICA

4.1.1 Tipo de Estudo

Optou-se por uma abordagem qualitativa do tipo exploratório. Segundo Lüdke e André (1986), a pesquisa qualitativa oferece condições de pesquisar fatos e fenômenos, verificando como se manifestam nas atividades, nos procedimentos e nas interações cotidianas vivenciadas pelas pessoas.

De acordo com Minayo (1999) ainda, a pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado, ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos.

Conforme Gil (1999), os estudos do tipo exploratório proporcionam uma visão geral e aproximativa dos fenômenos o que possibilitou a investigação dos papéis de autocuidado daqueles portadores de DM, como subsídio para a CE.

4.1.2 Cenário do Estudo

O cenário do estudo foi o ambulatório de uma unidade hospitalar terciária, pertencente ao Ministério da Saúde, localizado no município do Rio de Janeiro, no qual é desenvolvido o Programa de Atenção aos portadores de DM em uso de insulina.

4.1.3 Seleção dos Clientes

Os clientes foram selecionados a partir do levantamento do cadastro do programa de Diabetes Mellitus, tendo como critérios de inclusão: serem de ambos os sexos; frequência

regular as CE e ao ambulatório de curativos; avaliação do grau de risco no ano de 2006 de “0”; “1” e “2”, conforme instrumento de avaliação do grau de risco para o desenvolvimento do pé diabético (Anexo A).

Chegou-se a uma pré-seleção de 53 clientes, aos quais foram atribuídos numeração de 1 a 53. Dessa forma foi realizado um sorteio dos pré-selecionados, utilizando-se uma Tabela de Números Aleatórios (Anexo B).

A Tabela de Números Aleatórios é formada por tábuas, constituídas por números apresentados em colunas em duas páginas consecutivas.

Sua utilização consiste em iniciar por um ponto de partida escolhido ao acaso. Percorreu-se assim a lista de números aleatórios de cima para baixo parando ao acaso, na 5ª coluna (22222) com a linha 70, sendo encontrado o número 51403. Utilizaram-se os dois primeiros dígitos da esquerda para direita do número encontrado correspondendo à dezena 51. A seguir foi assinalado na coluna os primeiros números inferiores ou iguais a 51, percorrendo a coluna de baixo para cima até o final da página e reiniciando no topo da lista, na coluna seguinte, até completar um total de 12 números compondo o grupo conforme preconizado pela técnica de aplicação do grupo focal.

Os números relacionados corresponderam na relação de clientes pré-selecionados do (APENDICE C) aos seguintes números: 37, 48, 20, 39, 15, 29, 47, 17, 26, 10, 23 e 29.

Foi sorteado também, um acréscimo de 20% para a lista de substituição, caso houvesse a necessidade, em virtude de desistência, impossibilidade ou recusa para participação no grupo focal.

Em seguida, os clientes selecionados foram avisados sobre os dias, local e hora da realização do grupo.

Dos 12 selecionados, um não compareceu no dia marcado para realização do grupo focal, ficando o grupo constituído de 11 participantes, sendo 09 mulheres e 03 homens,

compreendidos na faixa etária de 50 a 76 anos, com um tempo de convivência com o DM de 3 a mais de 26 anos.

Para assegurar o anonimato e o sigilo das falas dos participantes, foram utilizadas cores como pseudônimos conforme o Quadro a seguir:

QUADRO 5 - Caracterização dos participantes do grupo focal, Rio de Janeiro, 2006

NOME	TEMPO DE DM	SEXO	IDADE	COR
A.D.S	3	F	63	VERDE
C.M.S.	41	F	56	LILAS
D.B.M	+ de 10	F	76	AZUL
E.F.S	6	F	56	MARROM
J.M.P	+ de 10	M	68	PRETO
J.B.S	3	M	54	ROXO
M.T.B	19	F	63	AMARELA
P.C	12	M	42	VERMELHO
R.L.N	15	F	64	ROSA
S.M.M.S	+ de 26	F	55	BRANCA
T.S.P	26	F	50	CINZA

O Quadro acima destaca algumas características dos participantes do grupo que permitiram uma melhor compreensão das falas, destacando um tempo de doença acima de 10 anos que é considerado como fator de risco para o desenvolvimento da complicação do tipo PD, como também ser um grupo onde os participantes do sexo masculino estavam aposentados ou em auxílio doença devido à complicação do PD, e em relação às mulheres o grupo o fato de serem donas de casa.

Destaca-se como o critério ainda de inclusão dos participantes, aqueles que já tinham apresentado um Quadro de pé diabético, o mesmo é fator de risco para um novo evento.

Após a seleção aleatória os clientes foram contactados por telefone, a fim de verificar a viabilidade³ da participação na pesquisa.

4.1.4 Coleta de dados

A coleta dos dados deu-se através da aplicação da entrevista não diretiva e da observação conforme aponta Thiollent (1982, p.80), realizada durante o grupo focal em oficina de autocuidado, o que possibilitou no estudo a identificação das atitudes e comportamentos dos clientes, conforme as suas falas.

4.1.4.1 A Entrevista não-diretiva

Para alcançar os objetivos da pesquisa, foi construído como instrumento de coleta o seguinte roteiro de entrevista:

- Quais são as ações de autocuidado que você desempenha para o controle do Diabetes Mellitus?
- Quais são as ações de autocuidado que você desempenha para prevenção da complicação crônica do tipo pé diabético?
- Quais são as ações de autocuidado que você não desempenha e por quê?

Baseado na explicação de Thiollent (1982), as informações coletadas foram factuais (idade, sexo, tempo de DM, glicemia capilar); perceptivas (as maneiras preconceituosas ou não, em geral pré-conscientes, dos clientes descreverem os elementos que levaram aos papéis de autocuidado); opinativas (que se concentraram em torno das preferências ou escolhas feitas conscientemente em torno dos papéis de autocuidado); atitudinais (que remeteram a disposições mais profundas e menos conscientes do que as opiniões, mas se manifestam subjacentemente ao conjunto de opiniões sobre a condição de portador de DM2 com pé em

³ Esclarecer os objetivos da pesquisa, apresentar agenda de encontros do grupo com horário e local; avaliar as condições financeiras para participação dos encontros e apresentar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

risco e sua interferência nos papéis de autocuidado), e reativas (por encobrir o contorno da fala, da expressão, enfim, da reação do desempenho dos papéis de autocuidado).

4.1.4.2 Grupo Focal em Oficina de Autocuidado

Esta metodologia foi utilizada por possibilitar um fórum de discussões voltadas para a construção de um conhecimento coletivo acerca da prevenção da complicação do tipo PD.

Esse momento foi constituído de dois encontros. A primeira reunião foi realizada no mês de junho na própria unidade hospitalar, por ser um local já conhecido pelos participantes. O segundo encontro foi para apresentação dos dados e validação, aprofundando as questões emergentes do primeiro momento.

A sala escolhida foi à sala da câmara técnica, localizada no 1º andar do ambulatório, por reunir as condições apropriadas, tais como boa iluminação, ventilação, e espaço adequado para a realização deste tipo de atividade.

Preparada com o auxílio da observadora, enfermeira e mestranda da Escola de Enfermagem Ana Nery/UFRJ, para auxiliar na realização do grupo, tendo em vista sua experiência com essa clientela. As cadeiras foram dispostas ao redor de uma mesa, onde foi colocado um pequeno lanche dietético oferecido ao longo da reunião todos se sentissem à vontade, sem prejudicar a dinâmica. Uma mesa auxiliar, com material para verificação da glicemia capilar periférica e aferição da pressão arterial sistêmica, também foi colocada neste ambiente.

Com o auxílio da observadora, conforme os clientes foram chegando foi registrado o nome, verificada a glicemia capilar periférica e aferida a pressão arterial.

A seguir, o moderador agradeceu a presença dos participantes e procedeu à leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), de modo a assegurar aos participantes,

os direitos previstos da Resolução nº196/96 que trata da pesquisa envolvendo os seres humanos, conforme o Apêndice A.

Após a leitura e concordância dos clientes, a observadora distribui os TCLE para a assinatura. O moderador então passou a explicar que a dinâmica do grupo seria com três rodadas de perguntas (ver item 3.1.4.1), que poderiam ser respondidas espontaneamente sem uma ordem pré-definida.

Logo a seguir para garantir que não houvesse dúvidas em relação as perguntas, o moderador fez uma pequena introdução a respeito dos papéis de autocuidado, facilitando o entendimento do grupo.

Na primeira rodada, registraram-se as falas com o auxílio de um gravador. Sendo solicitado que cada participante falasse o seu nome e o tempo de DM para que houvesse um entrosamento do grupo.

Esse momento foi muito rico, pois sem querer alguns participantes começaram a falar de suas vidas de forma muito emocionada, das suas dificuldades e ansiedades, sendo preciso algumas intervenções para interrupção por parte do moderador, a fim de explicar que algumas das questões, que estavam previamente sendo colocadas seriam discutidas dentro das rodas de perguntas posteriores.

A oficina foi realizada dentro de um período de duas horas com a intervenção do moderador para o encerramento, uma vez que a reunião estava tomando uma direção de um grupo de auto-ajuda.

Ressalto que, tendo um eixo norteador a seguir, me emocionei em alguns momentos e senti constrangimento de fazer intervenções mais incisivas para buscar o eixo das falas conforme as perguntas, já que alguns participantes estavam deprimidos, e que encontraram naquele momento e no grupo um espaço para serem ouvidos, em meio a lágrimas, uma vez que se sentiram iguais.

Pude, então, perceber a responsabilidade com aquele grupo que eu pensava conhecer tão bem. Conforme os relatos das recordações dos momentos difíceis vivenciados e compartilhados durante a CE vinham à tona, enxerguei uma dimensão muito maior que eu não tinha percebido e que tinha se estabelecido com esses clientes ao longo das CE.

Na realidade, nunca estive tão claro que os pés são realmente o espelho do corpo e de um corpo que sofre, que sente dor, que é profundamente marcado pelas limitações que o DM impõe.

4.1.4.3 A Observação

A observação foi outra técnica utilizada, conjugada com a entrevista. Para o registro destas observações, foi utilizado um diário de campo onde foram lançadas anotações importantes e significativas, garantindo a naturalidade da interação entre o moderador e os clientes.

4.2 – Organização dos Dados

A organização dos dados se deu após o início da coleta, sendo posteriormente realizada a categorização.

Esta etapa de pré-categorização dos dados obedeceu às recomendações de Minayo (1993) e consistiu em descobrir os núcleos de sentido das falas cuja presença ou frequência significaram a descrição das categorias teóricas de papéis de autocuidado apresentadas nos Quadros 1, 2, 3 e 4 (ver item 2.1) e suas subcategorias traduzidas em ações de autocuidado.

A análise dos dados ocorreu a partir da identificação das ações de autocuidado, envolvidas como ingredientes no desempenho dos papéis de autocuidado para prevenção do PD.

Uma vez ouvidas as fitas magnéticas, às mesmas foram transcritas, para apresentação aos participantes na segunda reunião do grupo, a fim de confirmar as falas registradas.

Como etapas deste momento, foram seguidas as recomendações de Minayo (1994):

A - Pré-análise: foi realizada uma leitura exaustiva, na busca uma familiarização do conteúdo implícito no material produzido.

B- Constituição do Corpus: o material produzido foi organizado para validação, segundo critérios preconizados por Richardson (1999), que recomenda observar o seguinte:

- Exaustividade: cada categoria estabelecida permitiu a inclusão de todas as ações e dos itens relativos às subcategorias;
- Exclusividade: Procuramos definir as subcategorias de forma que não estivessem presentes em mais de uma categoria; dessa forma, nenhuma foi classificada em mais de uma categoria;
- Concretude: as categorias abstratas foram classificadas em subcategorias (ações e itens de autocuidado) tornando-as mais concretas, tendo em vista a sua complexidade e diversificação de significados que poderia suscitar interpretações ambíguas;
- Homogeneidade: as categorias basearam-se no conteúdo advindo da assistência de enfermagem para o autocuidado e da literatura científica obedecendo a este princípio de classificação;
- Objetividade e fidelidade: definimos os conteúdos das subcategorias de forma que ficasse óbvia a sua inclusão naquela determinada categoria.

Todos estes critérios observaram a pertinência, que diz respeito à adequação do material produzido aos objetivos da pesquisa.

C - Exploração do Material: neste momento, além das categorias temáticas teóricas, foram construídas subcategorias temáticas, identificando-se as unidades de registro no material transcrito, segundo a repetição de palavras ou semelhanças de significado, que não se enquadraram nas teóricas, mas que eram de suma importância ao aprofundamento das questões discutidas.

V - ANÁLISE DOS RESULTADOS

A oficina de autocuidado permitiu o encontro de vidas, com vivências e experiências diferentes tendo em comum o DM, o que possibilitou a expressão não só da compreensão e percepção da doença como também emergiu sentimentos e angustias muitas vezes ocultas, que puderam ser identificados não só através das falas mas também através da observação das reações e manifestações corporais durante a oficina favorecendo a construção de um espaço de liberdade e troca .

A exploração das falas evidenciou a compreensão das estruturas semânticas e sociológicas possibilitando o agrupamento das falas nas pré-categorias teóricas dos papéis de autocuidado conforme as ações de autocuidado, descritas no item 2.2.1..

Santos (2001), ao investigar a relação entre autocuidado, trabalho e DM, nos chama a atenção para uma amplitude maior das questões referentes ao autocuidado e a sua promoção pela enfermagem , já que inclui a relação do cliente com o meio social em que vive. Afirma também ser o DM, uma doença crônica que necessita de mudança no estilo de vida do portador, atingindo tanto o ambiente familiar quanto o do trabalho, o que pode ser identificado nas falas dos clientes, quando relatam as dificuldades para seguirem e manterem as orientações fora do ambiente familiar.

Na investigação do desempenho da primeira categoria de papel de autocuidado, foi importante a compreensão do conceito de autocuidado de Caponi (1997) que ao aprofundar as suas reflexões em relação ao autocuidado, o coloca em um plano da própria existência humana, ao afirmar que primeiro se cuida do corpo, do individuo vivente. Essa dimensão é a própria preservação da vida da qual nunca podemos nos separar, uma vez que estamos sempre nos cuidando, repercutindo diretamente na manutenção da saúde.

Outro aspecto relevante e identificado por Santos (2001), com reflexo direto na manutenção da saúde, diz respeito às diversas concepções que o cliente tem em relação ao

autocuidado, sendo influenciadas pelos conceitos que os mesmos possuem em relação à sua saúde e à DM, como também pelos valores culturais e o senso comum, o que serviu também como termômetro para avaliação do desempenho dos papéis de autocuidado.

O estudo evidenciou que algumas ações contidas nos papéis de autocuidado não foram citadas pelos participantes da oficina. Neste caso, fica evidenciado que a negação destes itens é uma resposta clara como pressuposto teórico da representação de suas concepções, opiniões significativas, de seus comportamentos e condutas afetivas em relação ao objeto de estudo – os papéis de autocuidado como modalidade de cuidado para enfermagem com vistas a prevenção de complicações.

O que equivale a dizer, à própria negação do DM2 e da condição de cuidado e autocuidado de um de pé em risco e de lesões do tipo PD como também do próprio corpo.

Dessa forma o Quadro a seguir evidencia a distribuição das ações de autocuidado desempenhadas e manifestadas pelos clientes identificadas nas falas referente as pré-categorias.

Quadro 6 – Distribuição das ações de autocuidado desempenhadas na categoria Manutenção da Saúde - Rio de Janeiro – 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO	
Evitar o stress Evitar tabagismo Evitar uso de bebidas alcoólicas Realizar atividades de lazer regular	–
Manter o peso corporal adequado	1
Praticar atividade física regular	10
Praticar atividades espirituais	3
Reações Emocionais à Doença	11

As ações de autocuidado referentes ao: tabagismo e etilismo, não foram mencionados durante a realização da oficina. Mas a partir do instrumento utilizado para pré-seleção dos clientes (anexo A), pode ser identificado dois ex-tabagistas e um ex-etilista o que aponta para o desempenho de ações de autocuidado, já adotadas em prol da saúde, demonstrando uma mudança no estilo de vida.

Também com o auxílio do instrumento (anexo A), ao se analisar o índice massa corporal (IMC), dois participantes apresentaram índice maior que 30, sendo classificados como sobrepeso, o que corresponde há um risco moderado de co-morbidades; 01 com IMC acima de 31 com a classificação obesidade grau 1 correspondendo a um alto risco de co-morbidade, trazendo aspectos reativos ao risco de obesidade e desta forma evidenciando a dificuldade no desempenho para manutenção do peso adequado.

Refletindo com base nos próprios aspectos inerentes da patologia e do autocuidado ficou fortemente evidenciada a dificuldade para o desempenho dessa ação, conforme exemplificado a seguir:

“... É, mas para mim é muito difícil quem olha para mim já sabe (ela esta acima do peso) o porquê ... Eu tenho assim muita fome, eu sinto dores terríveis no estômago, quando fico muitas horas sem comer.”
(LILÁS, Mulher , 56 anos)

Um dos grandes desafios é não associar o autocuidado a uma ação punitiva e restritiva e muito menos o seu não cumprimento em culpa que gere sofrimento. Na fala apresentada, para que seja alcançado o peso adequado, é necessário ser trabalhado a idéia junto ao cliente, que não é passando fome, que se alcançará a meta do peso, mas na possibilidade de conjugação de um plano alimentar com atividade física, por exemplo, estimulando uma mudança de vida e pactuação de prazos e metas para serem alcançadas que podem variar de curto, médio e longo prazo.

A dificuldade para manutenção do peso adequado, sofre influência de uma série de fatores que observo durante a minha prática de CE, quando os clientes relatam após passarem

pelo serviço de Nutrição, a falta de dinheiro para cumprirem as orientações alimentares, fazendo com que muitos não retornem para as consultas a com Nutrição.

O excesso de peso acarreta não só alterações fisiológicas, com reflexo no controle glicêmico, mas também na biomecânica corporal, uma vez que o aumento de peso leva a uma sobrecarga nos membros inferiores, como o aumento do tamanho dos pés em alguns casos, dificultando o desempenho de outras ações de autocuidado como, por exemplo: o auto-exame dos pés; o uso de calçados adequados, a prática de atividades físicas, cooperando dentre outros fatores para o desenvolvimento de lesões nos pés.

A ação da pratica de atividades físicas esteve presente em quase a totalidade dos participantes, uma vez que é uma das ações, mas incentivadas e estimuladas nas consultas com a equipe multidisciplinar em função dos seus muitos benefícios nas esferas: física, social e psicológica. A relação dos clientes com essa ação foram expressas pelas seguintes falas:

“O que eu deixei de fazer e que sei que é importante é a caminhada. Eu sei o quanto é importante para mim, não é que ninguém me contou não, eu experimentei isso para mim mesmo.” (MARRON, Mulher, 56 anos)

“Não faço caminhada por causa disso né...Estou devendo a caminhada porque eu não posso...mas não tenho essa coisa de não andar. Não ando porque estou impossibilitada.” (BRANCA, Mulher, 55 anos)

“Eu não faço caminhada, porque tenho problema de artrose, inflamação lombar e bico de papagaio. Eu não consigo andar 20 metros...” (VERDE, Mulher, 63 anos)

“Caminhar eu gosto, o problema é que eu sinto cansaço... Às vezes, eu agüento caminhar minutos, na bicicleta eu só agüento 15 minutos, depois eu fico mais cansada...” (ROSA, Mulher, 64 anos)

“Eu não estou fazendo caminhada, porque eu sinto muita dor, dor nas pernas muita dor mesmo e dor nas articulações.” (LILAS, Mulher, 56 anos)

“Eu, só o que eu não tenho feito é caminhar..., o que eu não estou fazendo mesmo é caminhar.” (AMARELA, Mulher, 66 anos)

“Caminhar eu não caminho por conta da minha situação atual, se eu pudesse estaria fazendo isso...” (PRETO, Homem, 68 anos)

“Eu sou preguiçosa. Eu tenho uma esteira, mas não faço...” (AZUL, Mulher, 76 anos)

“Eu sinto uma preguiça muito grande de caminhar. Eu tenho ergométrica, ganhei até da minha prima, ela é elétrica... Eu olho e não tenho vontade nenhuma.” (CINZA, Mulher, 50 anos)

“Aí, eu vou andar um pouquinho, as pernas começam a doer, eu fico revoltada com isso, porque eu gosto de dançar, de fazer exercícios e nem dançar eu estou podendo.” (MARRON, Mulher, 56 anos)

MARRON, Mulher, 56 anos, nos remete a um aspecto importante do autocuidado e que deve ser valorizado durante a CE que é a própria experiência do cliente, ou seja, a prática de uma ação se torna mais real, mais presente quando o benefício daquela ação é vivenciada e não somente conhecida e não experimentada ocasionando uma incorporação dessa ação no cotidiano.

Nas demais falas estiveram presentes as limitações físicas e a influência emocional para o desempenho das ações, não só pelo fato de já apresentarem um Quadro de PD, mas também pela manifestação de comorbidades ocasionadas pelo mau controle da doença. Quanto ao emocional às falas, AZUL, Mulher, 76 anos e CINZA, Mulher, 50 anos apontam que por mais que existam recursos básicos para o desempenho das ações de autocuidado elas são mediadas por questões internas emocionais de motivação sinalizando a complexidade desse corpo, da necessidade de uma presença mais próxima dos profissionais de saúde como também dos serviços de saúde para sensibilizar e despertar esse corpo que quer ficar parado.

As atividades de lazer como formas de manutenção da saúde não surgiram nas falas, mas nos comentários informais ao longo da oficina foi observado que para alguns o lazer está relacionado a encontros sociais.

O lazer tem sua dimensão de prazer de satisfação, de bem-estar e que muitos têm se privado por não poderem participar de forma plena por terem privações alimentares, emergindo uma outra questão para reflexão, que é a desse corpo social privado de prazer.

A relação desse corpo e o universo espiritual, que transcende os aspectos de cunho religioso foram expressos com sentimentos de gratidão a Deus seja pelo livramento das complicações mais ameaçadoras conforme o entendimento pessoal, como por exemplo, a perda da visão ou algum tipo de amputação, seja pelo acesso e disponibilidade de atendimento nos serviços de saúde públicos, como nas falas a seguir:

“- Então, rezo a Deus todo dia para ter piedade de mim, que não faça perder a minha visão...” (LILAS, Mulher, 56 anos)

“-Todo dia quando acordo, elevo o meu pensamento, agradeço a Deus por mais um dia, agradeço por continuar vivendo, agradeço muito as perdas, por não ter perdido o meu dedo, tantos motivos para agradecer na minha vida, apesar dos pesares... estou light, light com Deus, Jesus está comigo e não abro!” (BRANCA, Mulher, 55 anos)

“- Eu dou graças a Deus por estar vendo, tenho **muito medo** da amputação. Também acho que nós diabéticos devemos ter um cuidado ferrenho, mesmo porque a gente está predisposta a essas amputações, a cegueira...Então a gente é **obrigada a se cuidar mesmo...**, Se tem um problema no dedo a gente que trabalha fora...” (BRANCA, Mulher, 55 anos)

“- Agradeço a Deus e ao serviço público, porque não tenho dinheiro para pagar médico particular, agradeço a Deus por ter um teto, uma filha, perdi o meu marido...” (VERDE, Mulher, 63 anos)

Emergiu das falas uma subcategoria que foi denominada Reações Emocionais à Doença. Essa foi entendida como parte fundamental e integrante da categoria de Manutenção da Saúde, por ser a determinante da qualidade das ações de autocuidado, é a primeira resposta a doença, uma vez que expressam as crenças, valores, temores, anseios e receios em relação à doença. Podendo expressar aceitação, punição, culpa, castigo, resignação, dentre outras reações sendo mediadora para o desempenho dos papéis de autocuidado.

O termo reação emocional à doença pode suscitar controvérsias tendo em vista sua inclusão na categoria manutenção da saúde. Não obstante Canguilhem (1995) analisa o exemplo do DM como uma oportunidade de relacionar conceitos entre o normal e o patológico.

Canguilhem (1995) analisa o DM como um acontecimento que diz respeito ao organismo vivo encarado em sua totalidade. Dessa forma, defende que o sujeito portador de DM é um ser doente, que vive uma vida diferente, cujos sintomas que são patológicos, se inserem numa totalidade indivisível do comportamento. Salienta que o silêncio dos órgãos não equivale à ausência de doenças, lesões ou perturbações funcionais que são imperceptíveis para os sujeitos, cuja vida está em risco.

A lógica que permeia as ações de autocuidado dos clientes se reduz à explicação do modelo biomédico predominante na literatura sobre o tema e nas ações educativas do enfermeiro. Essa lógica pertence ao imaginário do afeto, das reações e interpretações dos sujeitos sobre seu autocuidado, pois segundo Canguilhem (1995) o sujeito é que avalia a transformação do estado normal para o patológico, já que sofre suas conseqüências, no momento em que se sente incapaz de realizar as tarefas que a nova situação (de autocuidado) lhe impõe. A responsabilidade em distinguir o ponto em que começa a doença é do sujeito, levando à procura da ajuda dos profissionais de saúde.

Algumas reações emergiram mostrando a forma emocional de convívio com a DM e a sua implicação para o desempenho das ações de autocuidado, como nas seguintes falas:

“ Eu fiquei muito **assustada**, porque eu passei a minha vida ouvindo que diabetes é muito sério, que era muito sério...Então, eu ficava com medo, de não ter a responsabilidade muito grande para segurar uma diabetes. Então, eu fiquei assustada. (LILÁS, Mulher, 56 anos)

“-Eu não sei qual é a relação entre diabetes e a **ansiedade**, esse meu estado emocional, esse negócio dessa perna, está me deixando meio depressivo... A minha vontade é tomar chumbinho em vez de tomar insulina, a gente faz tudo, faz tudo e de repente não deu resultado.” (PRETO, Homem, 68 anos)

“- Eu estou atravessando uma fase de **revolta**, eu estou meio revoltada com tudo o que está acontecendo, com a minha vida. Eu não tenho vontade de nada, só de dormir. ..Estou querendo que a minha vida passe rápida. Não estou achando graça de nada! Estou revoltada mesmo com tudo ...” (CINZA, Mulher, 50 anos)

O corpo emocional foi expresso pelos seguintes sentimentos: revolta, medo, depressão, levantando o desafio de motivar um corpo a se autocuidar quando esse corpo que sofre não vê perspectivas reais e concretas de cura, ou de melhora.

A atenção por parte do enfermeiro para essas reações se faz importante para o entendimento de comportamentos inadequados que interferem no bom controle glicêmico, o que repercute na saúde e por extensão na qualidade de vida do cliente.

Gimenes (1997) enfatiza a necessidade de estratégias de enfrentamento das condições de tolerância e adaptação de possíveis eventos negativos, sendo fundamental a construção de uma imagem positiva diante dos eventos possibilitando um equilíbrio emocional, mantendo o bem-estar físico e mental. Sendo o espaço da CE individual e mesmo o trabalho de grupo uma forma de reflexão e discussão para enfrentamento e superação das reações negativas.

Outra subcategoria que emergiu das falas diz respeito à auto-organização pessoal, não sendo uma categoria teórica por não constar das bases convencionais de educação em DM mas emergiram das vivências e experiências do convívio com o DM, e que interfere diretamente na realização das ações de autocuidado principalmente no aspecto da manutenção da saúde, como exemplificado a seguir:

“ Eu não estou tendo aquele MOMENTO. Eu não descobri ainda como organizar o meu momento, que está me acontecendo eu tenho experiência disso, eu sei da diferença do antes e depois, não é falta de conhecimento não, falta eu me ORGANIZAR. (MARRON,Mulher, 56 anos)

“- Realmente tento fazer a minha dieta né! Estou me organizando, eu chego lá!”(BRANCA,Mulher, 55 anos)

Dentro da primeira categoria dos papéis de autocuidado foi possível a partir da identificação das falas, uma reflexão das limitações e interferências do corpo físico, social e espiritual para desempenho das ações de autocuidado, trazendo subsídios para um redimensionamento da CE, deixando cada vez mais forte o seu foco que é o cuidado de um corpo físico, social, espiritual segundo o seu contexto histórico.

A pré-categoria B - Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM ,ressaltou a importância do regime alimentar e do autocuidado com a alimentação e nutrição conforme a Tabela 2.

Quadro 7 - Distribuição das ações de autocuidado desempenhadas na categoria Prevenção de Complicações Agudas e Crônicas do DM - Rio de Janeiro – 2006

AÇÕES DE AUTOCUIDADO	
Administrar os antidiabéticos orais conforme a orientação e prescrição. Agir de forma adequada para corrigir hipoglicemias. Armazenar de modo correto a insulina. Auto-ajustar as doses de insulina. Carregar identificação com informações que é portador de DM. Desempenhar técnica correta para o preparo da insulina. Promover a auto-educação permanente. Realizar exames clínicos de rotina e automonitorar. Realizar glicemia capilar periférica antes e após da prática de atividades físicas. Realizar glicemia capilar periférica antes e após da prática de atividades físicas. Realizar rodízio dos locais de aplicação da insulina. Administrar dose SOS de insulina regular. Reconhecer as alterações do aspecto da insulina. Reconhecer os sinais e sintomas da hiperglicemia. Reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicemia Registrar os resultados da automonitorização da glicemia. Ter acompanhamento clínico especializado em DM com equipe multiprofissional. Usar a técnica correta para a administração da insulina.	-
Auto-educação em DM. Cumprir rigorosamente os horários da terapêutica medicamentosa. Reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicemia. Ter sempre a mão algum tipo de alimento que contenha Carboidratos	1
Realizar refeições balanceadas e regulares.	3
Realizar automonitorização da glicemia capilar periférica.	5

Na segunda categoria ficou evidente a relação de um corpo físico-biológico no desempenho das ações de prevenção das complicações. As questões referentes ao regime

alimentar estiveram presentes em algumas falas sem, no entanto ter sido possível o estabelecimento por parte dos clientes de uma ligação com o item manutenção do peso adequado da pré-categoria A. Evidenciando uma dissociação de compreensão dos benefícios de uma alimentação adequada que vai além da influência na glicemia.

“A alimentação eu estou fazendo.” (VERMELHO, Homem, 42 anos)

“... agora a dieta, eu procuro fazer.” (AZUL, Mulher, 76 anos)

BRANCA, Mulher, 55 anos apresentou suas dificuldades cotidianas de quando se trabalha fora para manter e realizar uma alimentação adequada para a manutenção da sua saúde, reforçando a necessidade orientações cada vez mais individualizadas e personalizadas para superação dessas dificuldades uma vez que outros fatores também estão envolvidos quando se trabalha fora como, por exemplo: a inexistência de restaurantes que ofereçam uma alimentação variada; o custo elevado da alimentação em locais que disponibilizam um cardápio diversificado; a dificuldade em levar a própria refeição devido à conservação dos alimentos e local apropriado para a realização da refeição:

“Realmente tento fazer a minha dieta né!”... Então, para você é complicado, você não leva almoço, é obrigado a comer no restaurante, é obrigado a comer o que tem lá! Mesmo quando oferecem uma comida de dieta, você come alface e chuchu todo dia e pagando um dinheirão... Todo dia, então, eu comia um feijão, um arroz, uma carne, então a glicose estava sempre alta mesmo .. quando a gente trabalha fora, não tem quem diga que faz dieta porque é mentira!”(BRANCA, Mulher, 55 anos)

Azul identifica a manutenção dos horários das medicações serem cumprido religiosamente, como sendo ação importante com reflexo positivo em sua saúde, e vai além servindo de exemplo de como desempenha essa ação servindo de estratégia para facilitar a lembrança dos horários, que tendo uma boa aceitação entre o grupo:

“... tomo os remédios direitinhos, eu não relaxo, eu não deixo de tomar os remédios de manhã, à noite. Tenho os horários pendurados na parede.” (AZUL, Mulher, 76 anos)

Uma das ações mais discutida foi à questão da monitorização glicêmica por ser esta uma ação que esta diretamente relacionada com o fator econômico. Tirando a questão do âmbito pessoal para o social convocando os gestores de saúde para um posicionamento em relação as possíveis medidas para o fornecimento gratuito de fitas reagentes para determinação da glicemia capilar periférica pelo método visual ou até mesmo de glicosímetros.

A Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) em seu posicionamento oficial de 2006, referente a problemática da automonitorização aponta dentre vários obstáculos para uma prática mais freqüente da automonitorização que vão desde a falta de conscientização por parte do clientes até o custo elevado para aqueles clientes que precisam de vários testes ao dia.

A SBD baseada nas reais evidencias dos benefícios proporcionados pela ação consciente e responsável da automonitorização manifestou posição favorável a distribuição gratuita de dispositivos para monitorização da glicemia pelo sistema de saúde, afirmando também que: “A automonitorização glicêmica deve ser proporcionada gratuitamente como uma das estratégias essenciais de um programa mais abrangente de educação e controle do diabetes”. (SBD, pág. 8,2006)

Cabe destacar que o programa de atenção aos portadores de DM do município do Rio de Janeiro forneceu por muitos anos fitas reagentes de leitura visual para realização da glicemia capilar periférica sendo o seu fornecimento há mais ou menos dois por conta de uma desabastecimento do produto no mercado além de problemas de verba para custeio desses insumos, bem como a sua substituição por glicosímetros.

Marrom, Rosa, Lilás e Vermelho expressam essas dificuldades:

“- Das dificuldades que estão falando, eu acho que é para verificar a glicemia todo dia, porque essas fitas não são fáceis, a gente não ganha aqui e estão muito caras.” (MARRROM, Mulher, 56 anos)

“- O outro problema é a fita, que para mim é relíquia porque eu não posso comprar todo mês, aí o problema todo é esse, aí eu não faço a glicemia todos os dias.” (ROSA, Mulher, 64 anos)

“- Eu ainda não tive condições de comprar, o aparelho para fazer glicemia todo dia. Eu só faço, quando eu venho aqui.” (LILÁS, Mulher, 56 anos)

“A monitorização essa semana eu ainda não fiz, porque o salário não saiu para comprar as fitas.” (VERMELHO, Homem, 42 anos)

Em face desses obstáculos, o bom controle metabólico do DM é dificilmente alcançado, gerando insegurança na realização de ajustes de doses e mesmo na administração das doses regulares de insulina.

As ações de reconhecimento dos sinais e sintomas decorrentes da alteração dos níveis glicêmicos e as possíveis intervenções foram citadas por Marrom, Mulher, 56 anos e Branca, Mulher, 55 anos demonstrando um conhecimento satisfatório em relação ao autocuidado.

“- Eu, por exemplo, só verifico a minha quando eu não estou me sentindo bem, vou lá e faço. Geralmente é quando está baixa ...- Quando estou me sentindo zozza, eu acho que esta baixa aí eu faço, vou ver se está baixa...” (MARRROM, Mulher, 56 anos)

“... Se você em casa tiver uma hipo, você corre coloca um açuquinha na boca...” (BRANCA, Mulher, 55 anos)

A ação de auto-educação foi bem exemplificada, através da fala da LILÁS, Mulher, 56 anos, que em meio a uma confusão emocional em relação ao enfrentamento da doença, aos riscos e as crenças pessoais, evidencia a necessidade do trabalho em grupo.

“- Além de tudo, essa preocupação se o que vou fazer se vai me atingir? Se vai ficar assim? Se vai ficar assado? O que vai acontecer? O que pode acontecer? Isso me assusta muito, tudo que fala dos diabetes, que fala da hipertensão me interessa ... No início, o que eu vim buscar é informação em relação ao nosso problema. E o que eu ouvi eu consegui aprender, vou sair mais rica, mas abastecida da minha necessidade de aprender a respeito do diabetes.” (LILÁS, Mulher, 56 anos)

Lilás reforçou sua impressão de que quando se dá abertura para se colocarem eles se ajudam, se completam acontecendo o processo de auto-educação numa via de mão dupla em que aquele que dá um depoimento e aquele que vai em busca de informação acabam

interagindo desenvolvendo espaços e canais de comunicação e educação, como afirmado por Dilly e Jesus (pág,105, 1995) que dizem que: “ A educação em saúde é um processo dinâmico em que a pessoa, o grupo e a comunidade aceita ou rejeita as novas informações, novos comportamentos frente a um problema de saúde” .

Neste sentido é oportuno resgatar aspectos da zona de aproximação cultural de Vygostky (1998, p.18), norte para compreensão da aprendizagem dos papéis de autocuidado, em que o verdadeiro curso do desenvolvimento do pensamento não vai do individual para o socializado, mas do social para o individual, nos remetendo para a situação de vida do cliente, e para a forma pela qual a interação grupal estimulou a construção de conhecimento, valorizando a importância de estreitar as relações tanto entre os clientes como dos clientes e profissionais e serviços de saúde, como destacado pela fala;

“- Não, eu não vou ajudar. Vocês vão me ajudar como me ajudaram agora aqui. Ninguém ajuda ninguém, se não unirmos as nossas forças ...’(PRETO, Homem,63 anos)

“-Mas você já compreendeu que a base de tudo é manter a glicose controlada? ’
(AMARELA, Mulher, 63 anos)

“- Não pode entre as pernas! Não pode e os outros também todos riram.’(CINZA,Mulher, 50 anos)

As ações não citadas foram em sua maioria, de ordem mecânica e técnica não emergido no momento em função de outros aspectos, principalmente os de ordem subjetivas estarem mais emergentes, segundo a história e realidade vivenciada pelo grupo.

A pré-categoria C - Autodiagnóstico, Autotratamento e Automedicação da complicação crônica do tipo PD, evidenciou a necessidade de um olhar diferenciado do enfermeiro, para um corpo que precisa ser cuidado. Os clientes apesar do tempo de acompanhamento pelo programa de DM, com a participação em várias atividades individuais e coletivas, nas quais a importância do cuidado com os pés já foram trabalhadas, em várias ações específicas de autocuidado não foram mencionadas.

Ao retornar para o instrumento de avaliação do grau de risco (anexo A) onde constam algumas ações de autocuidado direcionadas para os pés, pode-se identificar o exame dos pés como uma prática desenvolvida e com uma frequência de ocasionalmente para sempre, não sendo identificado nenhum cliente que nunca a realizasse.

A frequência sempre se deu em sua maioria por clientes que já tinham apresentado um Quadro de PD ou que ainda apresentavam lesão em fase de curativos levando há um exame obrigatório.

Esperava-se que frequência de sempre realizar o exame fosse de 100%, uma vez que é a principal ação capaz de detectar precocemente alterações possibilitando intervenções imediatas e precoces para correção e minimização das alterações.

Uma segunda ação não mencionada, mas identificada no anexo A foi à utilização de calçados adequados principalmente por parte dos clientes que já tinham sido avaliados mais de uma vez, o que reforça o impacto positivo da ação educativa do enfermeiro na promoção de mudança de comportamento.

Um outro aspecto identificado também no anexo A foi à dificuldade do uso de calçados adequados que durante as CE o seu não uso, é justificado, por exemplo: pelo clima quente, pela falta de recursos financeiros, por não conseguir usar sapatos fechados, pois machucam, dentre outros. Tendo sido observado no grupo dos homens uma maior aderência ao uso de calçados mais adequados que podemos considerar pelo fato que comumente os homens usam mais sapatos fechados do que as mulheres favorecendo a adesão a essa ação.

Quadro 8 – Distribuição das ações de autocuidado desempenhadas na Categoria Autodiagnóstico, Autotratamento e Automedicação das Complicações Complicação Crônica do tipo PD, Rio de Janeiro – 2006

AÇÕES DE AUTOUCIDADO	
<p>Alternar o a utilização de calçados adequados. Evitar andar descalço. Evitar deixar o pé molho principalmente em água quente. Evitar o uso de chinelos de tiras. Evitar o uso direto de talcos anti-sépticos. Inspeccionar as meias ao retirá-las. Inspeccionar os calçados antes calçá-los. Limpar os sapatos periodicamente. Não utilizar instrumentos de corte como giletes ou raladores para retirada de calos ou para esfoliação da região plantar. Realizar exercícios para fortalecimento, alongamento das articulações, tendões e musculatura dos pés. Realizar o auto-exame dos pés. Reconhecer as alterações nos pés. Secar bem os pés principalmente entre os espaços interdigitais. Usar de meias de algodão.</p>	-
<p>Aplicar cremes hidratantes somente na região plantar. Comprar sapatos adequados ao final do dia. Cortar as unhas de forma adequada (formato quadrado). Cortar as unhas preferencialmente após o banho. Evitar o uso de esmaltes escuros nas lâminas ungueais. Não utilizar alicates para retirada de cutícula.</p>	1
<p>Higienizar os pés.</p>	3

Lilás usa o apoio do Serviço de Terapia Ocupacional que tem confeccionado palmilhas simples, como medida preventiva do aparecimento de lesões.

“Os outros cuidados, o sapato eu estou cuidando, eu estou fazendo acompanhamento com a Dr^a Regina, trouxe os calçados para ela ver, trocou a palmilha daqueles que eu uso mais.” (LILÁS, Mulher, 56 anos)

Verde que possui uma condição econômica mais favorável tem se empenhado para a mudança das manicures para os podólogos com grande satisfação.

“- Mudei o sapato que você mandou, vou para o podólogo que você mandou, passei remédio para unha que, estava com micose, com a unha encravada realmente.
- Para mim, foi uma melhoria posso dizer de 100%.”

(VERDE, Mulher, 63 anos)

O programa tem lançado mão como estratégia para superar as dificuldades de acesso a profissionais qualificados e capacitados a tratar dos pés como o Podólogo, o investimento na própria equipe de enfermagem que oferece tratamento podológico simples como: o corte de unhas adequado, o lixamento da região plantar e hidratação dos pés, para aqueles que não possuem condições de buscar esses serviços particular.

Branca reforça os cuidados higiênicos com os pés e no tratamento de lesões do tipo

PD:

“... eu tenho que ter asseio, lavar com soro e fazer o meu curativo.”
(BRANCA, Mulher, 55 anos)

Verde e Preto deixam claro que na presença de lesões em fase de cicatrização os cuidados são intensificados, e muitas vezes executado pelo ente mais próximo e disponível, demonstrando o uso deste recurso básico fundamental para o autocuidado, o envolvimento familiar.

“- Não tenho frieira, qualquer coisa minha filha olha, passo creme que ele passou. Os meus pés são muito ressecados, então eu tenho que usar um creme para me tratar”. ... “- Eu tenho cuidado para não me cortar, não raspo o pé, para não bater, para não me machucar, então esses cuidados eu tomo, eu procuro usar uma sandália...”
(VERDE, Mulher, 63 anos)

“... Curativo e cuidados a minha mulher cuida, sem comentários.”
(PRETO, Homem, 68 anos)

Cabe destacar que essas cuidadoras, recursos básicos de Verde e Preto se tornaram um elo fundamental na promoção do autocuidado, pois como sentinelas ficam atentas a toda e qualquer alteração que, muitas vezes, passa despercebida pelo cliente.

As falas nessa pré-categoria demonstraram que, a ação educativa sobre as ações e itens de autocuidado, deve ser trabalhada tanto de forma individual quanto coletiva de modo que ações primordiais para o autocuidado com os pés, sejam absorvidas tornando-se um hábito voluntário e uma praticada permanente.

Na pré-categoria C - Participação ativa nos serviços de saúde, resumida na Tabela 4, o grupo mostrou que é capaz melhor se articular em prol de melhorias de saúde, quando identificado e elegido um elemento para estar frente da condução das reivindicações e encaminhamentos de propostas de melhoria da saúde coletiva.

Houve um resgate da consciência cidadã fazendo com que deixassem de ser pacientes de um hospital para exercerem de fato os seus direitos de cidadãos clientes. Podendo-se ver claramente o redimensionamento de um corpo físico para um corpo social e político e as suas implicações na intervenção nos processos de oferta de serviços de saúde

Quadro 9 – Distribuição das ações de autocuidado desempenhadas na Categoria Participação em Serviços de Saúde, Rio de Janeiro - 2006

AÇÕES DE AUTOUIDADO	
Buscar os direitos de atendimento assegurados por lei, aos portadores de doenças crônicas, junto aos serviços de saúde.	1
Comparecer às Consultas Multiprofissionais: Endocrinologista, Cardiologista, Nefrologista, Oftalmologista, Nutricionista, Fisioterapeuta, Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Odontólogo, Serviço Social, Psicólogo e Podólogo.	3
Dialogar a respeito das dúvidas e inseguranças do tratamento, com os profissionais de saúde nas atividades educativas. Participar das atividades em serviços de saúde.	6
Prever a sua necessidade de medicamentos (Insulinas e antidiabéticos orais) e insumos (seringas, tiras reagentes e palmilhas).	2
Ser acompanhado em programas de atenção aos portadores de DM.	–
Ser membro de Associações de Diabéticos ou similares. Participar de forma ativa das associações de portadores de DM.	2

Amarela, Branca e Preto manifestaram o reconhecimento da importância da participação nas decisões sobre sua saúde e tratamento do DM e por extensão da complicação do tipo PD mais amíu de na Associação de portadores de DM:

“... eu lido com a associação de diabetes do jeito que a gente pode. Não estamos tendo muitas condições, mas a gente está aí né! Conforme vai a gente tenta acompanhar.” (AMARELA, Mulher, 63 anos)

“- Eu já me propus como voluntária, agora eu tenho tempo ...Eu posso fazer isso, já me ofereci para Tereza para ajudar na associação nas condições que eu puder.” (BRANCA, Mulher, 55 anos)

“... nós podemos fazer até mesmo politicamente, nós podemos ter força porque o que tem de diabéticos nesse país não está no gíbi.” (PRETO, Homem, 63 anos)

A Associação de Portadores de DM foi fundada pouco depois do início do programa no ano 1999, com apoio do serviço social e a partir daí promoveu atividades de assistência

social como a distribuição de cestas básicas, passeios, venda de objetos em um bazar na própria unidade dentre outras atividades.

Ao longo do tempo em função das várias gestões da unidade com readequação dos espaços físicos a associação foi perdendo espaço e atualmente passa por sérias dificuldades. Mas apesar de tudo, a motivação e garra para luta pela sobrevivência da associação observadas nas falas de Amarela, Branca e Preto, tem sido mantida.

Foi identificado, também apesar das dificuldades, como expressão do autocuidado a procura dos serviços de saúde e da realização de exames. Neste sentido, as dificuldades têm sido de ordem financeiras para o comparecimento várias vezes ao hospital, fazendo com muitas vezes priorizem qual consulta é mais importante.

Branca, Verde e Preto já tentaram ser atendidos fora do dia para otimizar os seus recursos financeiros com a justificativa de estar no hospital para fazer exames ou outro motivo.

“Essa semana fiz o exame de angiofluorescência, fiz até animada.”
(BRANCO, Mulher, 55 anos)

“- O endócrino falou comigo e aí, eu me “encrespei” com ele. Eu não sou médico, mas não sou leigo, o senhor sabe perfeitamente que a diabetes ataca o problema circulatório. Eu preciso fazer um Doppler. Foi quando eu fiz o Doppler e constatei.” (PRETO, Homem, 63 anos)

Neste caso, são atendidos por vezes sem o prontuário, o que compromete o acompanhamento clínico. Isto poderia ser planejado sem prejuízo do atendimento e em benefício do papel de autocuidado de participação dos serviços de saúde garantindo o comparecimento dos clientes às consultas e exames e atendendo à sua expectativa, enquanto um participante ativo no seu cuidado.

Medidas simples assim vistas sob a ótica da promoção do autocuidado com um componente com ingredientes essencialmente sociais são altamente eficientes e possíveis de serem aplicadas.

Como ponto máximo do grupo, uma vez já discutidas as dificuldades e necessidades individuais, Azul e Preto favoreceram com suas auto-reflexões, o aumento da auto-estima:

“... Eu tenho condições de arrumar alguma coisa, eu tenho um primo que trabalha em laboratório.” (AZUL, Mulher, 76 anos)

“- E até isso, um banco de recursos a nível de associação, a gente podia fazer. Quem conhece por exemplo laboratórios, chefes de laboratórios, vendedores vai conseguir um banco de remédios...Os diabéticos podem fazer visitas aos laboratórios para conseguirem amostras dos remédios mais difíceis, para atender às emergências. Quem pode comprar isso a gente pode criar um banco de recursos para suprir as faltas da farmácia ...” (PRETO, Homem, 63 anos)

O grupo foi tomado por um sentimento de solidariedade e companheirismo, com idéias e sugestões para melhoria das condições de atendimento.

Os participantes buscam freqüentemente os serviços, mas enfrentam dificuldades para marcação de exames especiais e consultas em algumas clínicas, conforme as falas:

“Essa semana fiz o exame de angiofluorescência, fiz até animada. Até mesmo pela própria Tereza porque o pedido estava desde abril.” (BRANCA, Mulher, 55anos)

“... eu preciso de você Victor, que você me ajude na Oftalmo e no exame vascular.” (LILÁS, Mulher, 63 anos)

“- Eu estou 1 ano com esse pé aberto de uma cirurgia, que eu fiz com duas safenas. Segundo a Dr^a. Risalva muito bem feita.” (PRETO, Homem, 68 anos)

É importante ressaltar a interpretação sobre a saúde e dos seus agravos de AMARELA, que denotou discordância com o discurso do profissional baseado no modelo biomédico, nos remetendo o ao fato de termos que considerar sua interpretação como uma busca do modelo de explicação religiosa para minimizar o enfrentamento da noção dos possíveis agravos da complicação do DM:

“- É muito complicado. Os médicos vêem em mim o pior, o coração. Eu vejo em mim o pior, o olho, então eu não sei bem como é.” (AMARELA, Mulher, 63 anos)

Como evidencia notória da riqueza do processo de construção coletiva de conhecimento, na qual a identificação com o outro bem como a liberdade de expressão e a interação se harmonizam e que a prevenção tem sua origem e fim no ambiente social no contato com o outro, onde desponta nos papéis de autocuidado, uma alternativa tecnológica do cuidado de enfermagem e que podem ser percebidas nas falas:

“- Foi bom demais! Muito importante à presença de todos. Me alegrou muito, tirou um pouco da tristeza, que eu estava.- Agora estou bem melhor, foi ótimo esse amor que você transmitiu essa moça que eu conheci hoje, maravilhosa. Sou feliz até por ser diabética. Eu sou, porque podia ser outra coisa pior, graças a Deus.”(ROSA, Mulher,64 anos)

“- Então, foi boa a reunião. Porque eu vi que têm pessoas, que estão em condições piores que a minha e até estão bem, não estão reclamando. “(MARRROM, Mulher, 56 anos)

“- Eu gostei da reunião, aprendi algumas coisas, fiquei comovido com outras coisas e gostei.” (ROXO,Homem,54 anos)

“- Eu preciso, assim conto com a colaboração do grupo, se for possível se sentir falta de mim liga para mim, sai daí da toca, pois eu de vez enquanto me enfurno, fico escondida eu não consigo sair de casa sozinha.

- Então, por favor, eu quero continuar aprendendo com vocês, eu quero continuar vivendo. Eu preciso de vida, eu sou uma pessoa que eu sempre tive muita vida para viver. Eu gostaria de continuar, passar tudo de bom que tenho para oferecer.” (LILAS, Mulher, 56 anos)

“Aqui são os nossos companheiros da glicose... Para mim essa reunião valeu muito!”

(Verde, Mulher, 63 anos)

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

A elucidação e o esclarecimento do referencial teórico dos papéis de autocuidado segundo Santos (20001) como uma forma de cuidado de enfermagem a ser aplicado durante a consulta de enfermagem, se configurou em um instrumento eficiente e eficaz para a prevenção da complicação crônica do tipo PD, demonstrando uma relação clara, concreta e objetiva ao serem adaptados para as questões referentes ao portador de DM e desdobradas em ações de autocuidado na integralidade do corpo, objetivando a promoção e manutenção da saúde, gerando melhoria na qualidade de vida e conseqüentemente a prevenção de complicações crônicas em especial as do tipo PD.

A utilização e exploração dos papéis de autocuidado ampliam e redirecionam o olhar do enfermeiro em relação aos cuidados prestados, afastando-se do referencial biomédico para uma aproximação da abordagem de um corpo com riscos e com a própria complicação manifestada e as suas interfaces, biológicas, econômicas, sociais, emocionais e políticas, conforme analisado nas categorias da manutenção da saúde e participação ativa em serviços de saúde.

Esse novo olhar demonstrou a criatividade investigativa dos aspectos relacionados ao processo de saúde e doença, apontando novas formas de se pensar e refletir a respeito: do cuidado; do autocuidado; das implicações nas relações com o cliente e sua saúde-doença; dos limites, possibilidades e responsabilidades do enfermeiro enquanto profissional de saúde e agente promotor de saúde, bem-estar e de qualidade de vida. Inserido em um universo dinâmico de construção de conhecimento para cuidá-lo de um corpo e não de uma doença.

Nessa mesma perspectiva, se tivéssemos condições de sintetizar as idéias de Caponi (1997), em relação ao autocuidado, certamente poderíamos resumir com o seguinte conceito: um corpo bem cuidado é fundamentalmente um corpo autocuidado, sendo o pressuposto de

uma existência digna e livre, sendo o DM associado à complicação do PD, uma situação que põe em risco essa autonomia e liberdade.

Tal conceito sustenta a necessidade da elaboração e implementação de ações que ajudem a superar algumas das dificuldades para o desempenho do autocuidado evidenciadas no estudo como: as reações emocionais a doença; as co-morbidades; as limitações físicas e o baixo poder econômico.

Outra evidencia do estudo foi à importância e a necessidade de ações educativas a serem executadas pelo enfermeiro na CE com o objetivo amplo de promoção e manutenção do desenvolvimento das ações dos papéis de autocuidado, tanto como uma abordagem individual quanto coletiva em que, o cliente é o foco e ator principal das suas ações, e conseqüentemente auto-responsável e autônomo, como ressaltado nas categorias de análise prevenção das complicações agudas e crônicas e o autotratamento, automedicação e autodiagnóstico do PD.

Por extensão dessas ações do cuidar recomenda-se instrumentalizar esse corpo a partir das suas potencialidades, habilidades, crenças e vivências a se autocuidar através da participação em oficinas de autocuidado como descrito no item 4.1.4.2.

A dinâmica de oficina de autocuidado mostrou-se como um ambiente de liberdade e de troca entre os clientes, constituindo-se em um novo espaço para aprendizagem e construção de conhecimento para a enfermagem, a partir das compreensões coletivas, reforçando nossa origem de seres humanos sociais que precisam se comunicar e com a comunicação a troca e a construção do novo.

O autogerenciamento do DM deve ser trabalhado na CE se estabelecendo uma relação dialógica compreensiva com o cliente, privilegiando uma ambiente de autonomia e não de repressão e opressão.

Essas perspectivas de ação em educação e relação com o cliente, para o desempenho dos papéis de autocuidado, reforça a idéia do cliente como um ser capaz de controlar a sua doença, mantendo a sua autonomia, e qualidade de vida.

Foram fundamentais para este estudo as falas e reações manifestadas através dos corpos, das emoções, do silêncio quando um cliente falava de forma mais emocionada da sua vida. Revelando questões não teóricas advindas da convivência com o DM, que puderam ser contempladas no sentido da sua identificação e compreensão.

O estudo pretendeu iniciar e não esgotar o tema em sua totalidade e complexidade, e sem duvida nenhuma proporcionou, subsídios para o enfermeiro repensar e redimensionar as ações educativas para o autocuidado com vistas ao pleno desempenho.

Ressalta-se também que a informação transmitida durante a CE, precisa fazer parte, ser incorporada não só vivencialmente, mas também emocionalmente a fim que possa fazer parte do contexto pessoal, intelectual e emocional provocando um verdadeiro aprendizado com reflexos na mudança no estilo e vida.

Ao ser analisado o desempenho das ações específicas para com os pés, ficou claro que ainda existe muita dificuldade na incorporação dessa prática no cotidiano dos clientes, que pode ter seus determinantes em aspectos como: as limitações físicas e pela própria falta de consciência da importância da principal ação para prevenção do PD que é o auto-exame dos pés. O que nos remete para uma reflexão da prioridade de implementação de estratégias que venham a modificar essa realidade.

Algumas estratégias tais como: o envolvimento de familiares e cuidadores para capacitação do exame domiciliar dos pés; a continuidade e disseminação de programas que visem à capacitação de profissionais de saúde na investigação do pé em risco, bem como para o tratamento do PD; o aumento também dos centros de referência não do PD como tem sido implementado por exemplo no município do rio de janeiro onde em sua maioria os clientes já

chegam com complicações e que graças as intervenções multidisciplinares tem se conseguido a redução de amputações.

Mas sim um centro de promoção de autocuidado do corpo no qual, as ações referentes ao autocuidado com vistas ao bom controle glicêmico sejam privilegiadas, convergindo na prevenção das complicações agudas e crônicas. Mudando a filosofia de planejamento e concepção no qual o foco tem sido o tratamento das complicações agudas e crônicas, para um modelo baseado na educação e ofertas reais de instrumentos para o desempenho das ações dos papéis de autocuidado.

Seria sem dúvida o melhor investimento. Como também mais econômico do que centros sofisticados com equipamentos de apoio diagnóstico e de imagem, que são discutidos pelos gestores de saúde pela carência de oferta nos serviços públicos.

O que se propõe é que através de medidas educativas não haja necessidade da utilização de tais recursos pelos clientes portadores de DM, e que essa oferta esteja disponível em todas as esferas da atenção a saúde: primária, secundária e terciária.

No papel da participação ativa nos serviços de saúde uma grande surpresa foi encontrada nas falas dos clientes quando expressaram a sua potencialidade de articulação em busca das melhorias e garantias de atenção à saúde, rompendo realmente com o paradigma de pacientes se posicionando como clientes cidadãos isso nos remete também a dimensão do relacionamento do enfermeiro que não só instrumentaliza um corpo biológico mas é capaz de cuidar e influenciar a partir do seu cuidado um corpo político.

Chego ao fim desse estudo com o entendimento que, a cronicidade de uma patologia, como o DM, gera no cliente um sentimento de frustração, ao saber que ele tem que conviver com uma situação até o momento para a grande maioria, sem condições de cura, não recebendo uma solução definitiva para o problema. Como também que o seu autocuidado é reflexo de como ele sente e reage emocionalmente a doença.

A doença, por sua vez, lhe imprime uma situação de ajuda, de necessidade de um cuidado especial, tendo o enfermeiro um papel fundamental nesse processo de ajuda, sendo a CE um espaço amplo para esse cuidado.

E ao rever a trajetória até aqui percorrida trago como mensagens e reflexão para o compromisso, dever e responsabilidade profissional do enfermeiro que:

- É necessário não só falar com o cliente a respeito do DM, mas sim dialogar com ele sobre tudo o que ele deseja e que possa ter uma relação direta e indireta no desempenho do seu autocuidado, assim poderemos minimizar as perdas no processo de comunicação que tem ocasionando esquecimentos do cumprimento de algumas ações de autocuidado;
- Que não se cuida de um pé separado do seu corpo, e por conta disso as ações devem contemplar a sua integralidade, uma vez que a complicação do tipo PD não é o pé de todo portador de diabetes;
- É fundamental a apresentação e reapresentação a cada CE, de todos os dispositivos disponíveis e necessários para o desempenho do autocuidado para que os mesmos possam ser lembrados e utilizados de forma correta;
- A ação educativa desenvolvida pelo enfermeiro tem que ser uma via de mão dupla sendo fundamental a pactuação, a participação e o envolvimento do cliente. Assim ao final do processo ele poderá falar:- Eu entendi! Eu aprendi!
- O despertar do corpo biológico, físico, emocional, espiritual e político com a aplicação dos papéis de autocuidado, pode ser o início de uma nova abordagem para “os companheiros da glicose” em ações mais amplas em prol da prevenção da complicação do tipo PD.

REFERÊNCIAS

- CALSOLARI, Maria Regina et al. Análise. Retrospectiva dos pés de pacientes diabéticos do ambulatório de diabetes da Santa Casa de Belo Horizonte, MG. **Arq. bras. endocrinol. Metab**, v. 46, n. 2, p. 173-176, abr. 2002. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 15 jun. 2005.
- CANADA. Health Promotion and Programs Branch, Health Canadá. **Supporting self-care: the contribution of nurses and physicians**. Minister of Public Works and Government Services 07 Canada, 1997. p.5.
- CAUGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- CAPONI, G. **Concepção do cuidado e a especificidade da enfermagem geriátrica e gerontológica**. In: Jornada de Enfermagem Geriátrica e Gerontológica, 1, 1996, Florianópolis. Anais... Texto e Contexto - Enfermagem UFSC, Florianópolis, v 6, n. 2, maio/ago. 1997, p.51-6.
- CARROLL, Mary; BRUE, L. Jane. **Enfermagem para Idosos: guia prático**. São Paulo: Andrei, 1991.
- DILLY, Cirlene Maria Lessa; JESUS, Maria Cristina Pinto de. **Processo Educativo em ENFERMAGEM das concepções pedagógicas à prática profissional**. São Paulo, Copyright© ROBE EDITORIAL, 1995.
- DUQUE, Fernando L.V.; DUQUE, Alberto C. Considerações sobre o termo pé diabético. **Rev. Angiol. Cir. Vasc.**, v.10, n. 4, p.158-160, 2001.
- FELICIANO, A.; CAMPADELLO P. **Reflexologia Energética**. São Paulo: Madras, 1999.
- FIGUEIREDO, Nélia M. de A. et al. **Cuidando de clientes com necessidades especiais motora e social**. São Paulo: Difusão, 2004.
- GAUDERER, E. Christin. **Os Direitos do paciente: um manual de sobrevivência**. 5.ed. Rio de Janeiro: Record, 1995.
- GEORGE, Julia B. **Teorias de enfermagem: Os fundamentos a prática profissional**. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000. 375 p.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas na pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999. p. 99-100.
- GRUPO DE TRABALHO INTERNACIONAL SOBRE PÉ DIABÉTICO. **Consenso Internacional do pé diabético e Diretrizes Práticas**. Versão Brasileira . Publicação sob direção de Pedrosa H C, Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal, 2001.
- HAENGESEN, I. L. Educación para el autocuidado del paciente diabético. **Boletim de La Escuela de Medicina**, v. 21, n. 1, p. 32 – 33, 1992.
- HILL, L. SMITH, N. **Self Care Nursing: promotion of health**. Copyright© by Prentice Hall Inc., Englewood Cliffs. New Jersey. 1990. 447p.

KOZAK, George P. **Tratamento do pé diabético**. 2.ed. Rio de Janeiro: Interlivros,1996.

LEOPARDI, M.T.; WOSNI, A.M.; MARTINS, M.L. Dorothea Orem. teoria do autocuidado. In: LEOPARDI, M.T. **Teorias de enfermagem: instrumento para a prática**. Florianópolis: Papa-livros, 199. p 74-80.

LESSA, I. Epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis versus terceira idade. In: **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não - transmissíveis**. Rio de Janeiro: Hucitec: Abrasco, 1998.

LUDKE, M.; André, M.F.D.A. **Pesquisa em educação: abordagem qualitativa**. São Paulo (SP): EPU, 1986.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L.de. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza / Nursing consultation: analysis of the actions developed by a hypertension program in the city of Fortaleza. **Rev. Latinoam. Enfermagem**, v.11, n. 2, p. 207-214, mar./abr. 2003. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 23 mai. 2005.

MADJAROF, Solange. **A atuação do enfermeiro na educação de pacientes idosos diabéticos / The nurse role in the diabetic elderly patient's education**. São Paulo; s.n, 2001. 240 p. tab, Graf. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 28 jan. 2006.

MELEK,Tangriane Hainiski Ramos; SCHIRR Fabiola. **Concepção do “ Ser Educador” em Enfermagem como Investigador Ativo na Educação em Serviço**.Rev. Téc-Cient Enfermagem 2006;4 (14) 60-7.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O DESAFIO DO CONHECIMENTO - Pesquisa Qualitativa em Saúde**. São Paulo: Humanismo, Ciência e Tecnologia, 1994, p.269.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **Os Muitos Brasis: Saúde e população na década de 80**. São Paulo: Humanismo, Ciência e Tecnologia, 1995.

O`NEAL,LEVIN. **O pé diabético**. Rio de Janeiro: Di Livros, 2002.

OLIVEIRA, José Egidio Paulo; MILECH, Adolfo. **Diabetes Mellitus – Clínica, Diagnóstico e Tratamento Multidisciplinar**. São Paulo: Atheneu, 2004.

OLIVEIRA, Martha Kohl de. **Vygostky: aprendizado e desenvolvimento: um processo sócio –histórico**. São Paulo: Scipione, 1997.

OLIVEIRA, Odete de. Ação educativa de enfermagem no controle do diabetes/ Educational action of nursing on Diabetes control. **Acta Paul.Enfermagem**, v. 13, n.esp., pt.1, p.133-135, 2000.

OLIVEIRA, O. de **Impacto do processo de educação em saúde no controle do diabetes em adolescentes** Tese de Doutorado. UNIFESP/ EPM (escola paulista de medicina). São Paulo, 1999

PAGANINI, Maria Cristina. **O paciente diabético ambulatorial: levantamento de dificuldades / Outpatient diabetic: raising of the difficulties.** s.l; s.n; 1990. viii, 74 p. illus, Tab. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 17mar. 2006.

PEDROSA, H. C.; LIMA, L. P; ROCHA, S. et al. **Álbum seriado Vamos Pegar no Pé.** v. 4, n. 2, 1998.

PEDROSA, H. C; LIMA, L.P.; NERY, E. S. et al. **Brasilian project for saving the diabetic FOOT**, 1995.

PEDROSA, H.C. Por que um consenso internacional sobre o Pé Diabético? **Diabetes Clinica**, n. 06, p. 135-138, 2002.

PENNA, Cláudia Maria de Mattos; PINHO, Lícia Maria Oliveira. **A contramão dos programas de educação em saúde: estratégias de diabéticos.** Rev. Bras. Enfermagem, Brasília, v. 55, n.1:2, jan./fev. 2002. Disponível em: <<http://www.bases.bireme.br>>. Acesso em: 12 jun. 2006.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social: métodos e técnicas.** São Paulo: Atlas,1999.

ROSAS, Anny Maray Machado Tinoco Feitosa. **O Ensino da atividade assistencial consulta de enfermagem: o típico da ação intencional.**Rio de Janeiro: UFRJ/EEAN,2003.
SABOIA, Vera Maria. **Educação em Saúde: a arte de talhar pedras.** Niterói: Intertexto, 2003.

SANTOS FILHO, Carlos dos. **O Caminhar amargo dos Doces Pés :um desafio para enfermagem. Monografia de residência em enfermagem.**UNIRIO/ESCOLA DE ENFERMAGEM ALFREDO PINTO.Rio de Janeiro, 2000.

SANTOS, I. et al. **Enfermagem Fundamental - Realidade, Questões, Soluções.** Série atualização em Enfermagem. São Paulo: Atheneu, 2001.

SANTOS, Rita Batista. **Autocuidado, trabalho e Diabetes Mellitus: uma abordagem de enfermagem.** 2001. Tese (Doutorado em Enfermagem) - UNIFESP/EPM, São Paulo, 2001.

SANTOS, Rita Batista. **Educação em saúde para Pessoas Diabéticas.** 1991. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

Sociedade Brasileira de Diabetes. **Posicionamentos Oficiais SBD. N° 1 Automonitorização glicêmica e monitorização contínua da glicose.** Rev Brasileira de Medicina. São Paulo, n° 1-2006.

THIOLLENT, M. **Crítica metodológica, investigação social e enquete operária.** 3. ed. São Paulo: Polis, 1982.

VIGOSTSKI, Lev Semenovich. **A formação social da mente: o desenvolvimento dos processos superiores**. 6.ed. Tradução de José Cipolla Neto, Luis Silveira Menna Barreto, Solange Castro Afeche. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

APÊNDICES

APÊNDICE A

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO ESCOLA DE ENFERMAGEM ANNA NERY

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Caro (a) cliente, você está sendo convidado (a), a participar de uma pesquisa cuja temática é: **OS PAPÉIS DE AUTOCUIDADO NA PREVENÇÃO DO PÉ DIABÉTICO UMA ABORDAGEM DE ENFERMAGEM**, que tem os seguintes objetivos:

- ✓ **DESCREVER** os **PAPÉIS DE AUTOCUIDADO** para prevenção da complicação do tipo PD.
- ✓ **ANALISAR** os **PAPÉIS DE AUTOCUIDADO** para prevenção da complicação do tipo PD.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido constitui-se em uma exigência ética e científica da resolução 196/96 – Conselho Nacional de Saúde, na medida em que se trata de uma pesquisa, que envolve seres humanos.

Todos os participantes deste estudo serão submetidos aos seguintes procedimentos:

- !) Será realizada uma reunião, com data ,horário e local a ser combinado segundo a disponibilidade da maioria dos participantes, na qual estarão sendo discutidas questões referentes a temática da pesquisa.
- 2) Para melhor captação dos depoimentos, os mesmos serão gravados em fita magnética, caso seja autorizado.
- 3) Os depoimentos gravados serão transcritos na integra e posteriormente apresentados, para o aceite da sua utilização na pesquisa.

A participação no estudo é voluntária, sem ônus, podendo retirar-se do estudo a qualquer momento sem que haja qualquer prejuízo ou constrangimentos. As informações colhidas serão utilizadas única e exclusivamente para atender aos objetivos da pesquisa.

A sua participação, viabilizará a construção de um corpo de conhecimentos, que possibilitem um maior sucesso, das ações referentes à prevenção da complicação do tipo pé diabético.

Declaro estar ciente do conteúdo deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Participante

Local/ Data

Investigador

Local/ Data

Telefone /e-mail do pesquisador: (21) 9315-8235 / filhovictor@click21.com.br
Orientadora. Dr^a Rita Batista Santos

APÊNDICE B

ROTEIRO DE REALIZAÇÃO DA ENTREVISTA NÃO DIRETIVA

1- Questões para discussão:

- Quais são as ações de autocuidado que você desempenha para o controle do Diabetes Mellitus?
- Quais são as ações de autocuidado que você desempenha para prevenção da complicação crônica do tipo pé diabético?
- Quais são as ações de autocuidado que você não desempenha e por quê?

2 – Pré-Categorias Teóricas

A – Manutenção de Saúde

AÇÕES DE AUTOUIDADO	
1. Evitar o stress cotidiano	
2. Evitar tabagismo	
3. Evitar uso de bebidas alcoólicas	
4. Manter o peso corporal adequado	
5. Praticar atividade física regular	
6. Praticar atividades espirituais	
7. Reações Emocionais a Doença	
8. Realizar atividades de lazer regular	

B – Prevenção de complicações agudas e crônicas do DM

AÇÕES DE AUTOUIDADO	
1. Administrar dose SOS de insulina regular.	
2. Administrar os anti-diabéticos orais conforme a orientação e prescrição.	
3. Agir de forma adequada para corrigir as hiperglicemias.	
4. Agir de forma adequada para corrigir hipoglicemias.	

5. Armazenar de modo correto a insulina.	
6. Auto-ajustar as doses de insulina.	
7. Auto-educação em DM.	
8. Carregar identificação com informações que é portador de DM.	
9. Cumprir rigorosamente os horários da terapêutica medicamentosa.	
10. Desempenhar técnica correta para o preparo da insulina.	
11. Promover a auto-educação permanente.	
12. Realizar automonitorização da glicemia capilar periférica.	
13. Realizar exames clínicos de rotina e automonitorar.	
14. Realizar glicemia capilar periférica antes e após da prática de atividades físicas.	
15. Realizar glicemia capilar periférica antes e após da prática de atividades físicas.	
16. Realizar refeições balanceadas e regulares.	
17. Realizar rodízio dos locais de aplicação da insulina.	
18. Reconhecer as alterações do aspecto da insulina.	
19. Reconhecer os sinais e sintomas da hiperglicemia.	
20. Reconhecer os sinais e sintomas da hipoglicemia.	
21. Registrar os resultados da automonitorização da glicemia.	
22. Ter acompanhamento clínico especializado em DM com equipe multiprofissional.	
23. Ter sempre a mão algum tipo de alimento que contenha carboidratos.	
24. Usar a técnica correta para a administração da insulina.	

C – Autodiagnóstico, autotratamento e automedicação da complicação crônica do tipo PD

AÇÕES DE AUTOUIDADO	
1. Alternar o a utilização de calçados adequados.	
2. Aplicar cremes hidratantes somente na região plantar.	
3. Comprar sapatos adequados ao final do dia.	
4. Evitar andar descalço.	
5. Evitar deixar o pé molho principalmente em água quente.	
6. Evitar o uso de alicates para retirada de cutículas	
7. Evitar o uso de chinelos de tiras.	
8. Evitar o uso de esmaltes escuros.	
9. Evitar o uso direto de talcos anti-sépticos.	
10. Higienizar os pés.	
11. Inspeccionar as meias ao retirá-las.	
12. Inspeccionar os calçados antes calçá-los.	
13. Não utilizar instrumentos de corte como giletes ou raladores para retirada de calos ou para esfoliação da região plantar.	
14. Realizar exercícios para fortalecimento, alongamento das articulações, tendões e musculatura dos pés.	
15. Realizar o auto-exame dos pés.	
16. Reconhecer as alterações nos pés.	
17. Secar bem os pés principalmente entre os espaços interdigitais.	
18. Usar meias de algodão.	

D – Participação ativa em Serviços de Saúde

AÇÕES DE AUTOUIDADO	
1. Buscar os direitos de atendimento assegurados por lei, aos portadores de doenças crônicas, junto aos serviços de saúde.	
2. Dialogar a respeito das dúvidas e inseguranças do tratamento, com os profissionais de saúde nas atividades educativas.	
3. Participar de forma ativa das associações de portadores de DM.	
4. Prever a sua necessidade de medicamentos (Insulinas e antidiabéticos orais) e insumos (seringas, tiras reagentes e palmilhas).	
5. Ser acompanhado em programas de atenção aos portadores de DM com consultas multiprofissionais: Endocrinologista, Cardiologista, Nefrologista, Oftalmologista, Nutricionista, Fisioterapeuta, Enfermagem, Terapeuta Ocupacional, Odontólogo,	
6. Ser membro de Associações de Diabéticos ou similares.	

APÊNDICE C

LISTA DOS CLIENTES AVALIADOS NO ANO DE 2006, QUANTO AO GRAU DE RISCO PARA O PÉ DIABÉTICO.

	Nome	Idade	Risco	SEXO
1	J.M.J	63	0	M
2	A.F.S	60	0	F
3	C.M.P	65	2	F
4	E.P	75	1	F
5	C. M. S.	56	0	F
6	C.P.D	54	1	F
7	E.T.O	20	0	M
8	D.G.L	72	1	F
9	I.D.C	53	0	M
10	D. B. M	76	0	M
11	F. L.	27	0	F
12	Z.S	56	1	F
13	G.S	66	1	F
14	G.J.R.P	69	2	M
15	R. L. N.	64	1	F
16	I. G. N	78	0	M
17	E.F. S.	56	0	F
18	I. P	57	0	F
19	I.S.P	60	0	F
20	J. M. P.	68	2	M
21	J.O.S	38	0	F
22	J.G.M	52	1	M
23	L. M. M S. O	46	0	F
24	J.M.C.L	37	0	M
25	J.E.O	48	1	M
26	P. C	42	2	M
27	J.P	52	2	M
28	A.A.S.A	40	0	F
29	J.B. S	54	2	M
30	J.S	27	0	F
31	W.B	69	2	M
32	O.S.M	73	0	F
33	L.S.P	35	0	F
34	L.M.M	65	2	F
35	M.E..C	54	1	M
36	M.A.S.P	73	0	F
37	M. T. B.	63	1	F
38	M.L. B. S	64	0	F
39	T. S. P.	50	0	F
40	M.C.S	56	0	F
41	M.G.A	76	0	M
42	N.M.P	36	1	F
43	N.T	55	1	F
44	P.C.S	67	0	M
45	J.R.S	70	1	M

46	V.S.A.M	61	0	F
47	S. M S	55	2	F
48	A. D.S	63	0	F
49	S.B	58	1	M
50	S.M	40	0	F
51	S. F	38	0	F
52	J. L. O.	67	0	F
53	T. C. C.	43	1	F
54	M.S.M.B	62	2	M
55	A.M	72	1	F
56	U.O	63	0	M

A N E X O S

ANEXO A

FICHA DE AVALIAÇÃO DO GRAU DE RISCO DO PÉ DIABÉTICO

Nome: _____ PDI: _____ Data: ___/___/___ 1º vez Retorno

GCP: _____ mg/dl PA : _____ mmHg Peso: _____ Kg Altura: _____ m IMC: _____

Tempo de doença: _____ Idade: _____

Atividades Laborativas:

Aposentado Licenciado Do lar Outros
 Trabalha: em pé sentado andando

Atividades Físicas:

Prática de esportes: sim não Qual: _____
 Caminhadas: sim não Frequência: _____
 Sedentária

Marcha/ Próteses:

Deambulando Muletas Cadeiras de rodas Bengalas Outros Tipos de Calçado:
 Adequado Inadequado
 Em casa: aberto fechado No trabalho: aberto fechado

Hábitos de Higiene:

Limpeza: satisfatória insatisfatória
 Corte das Unhas: adequado inadequado
 Uso de meias: algodão sintética não usa
 Exame dos pés: sempre ocasionalmente nunca
 Auxílio p/exame sim não

Hábitos de Saúde

Tabagismo :sim não maços ao dia: _____ anos: _____ Outros: _____
 Etilismo: sim não frequência: _____ anos: _____
 Outros: _____

Vacinação contra Tétano

Esquema completo: Esquema Incompleto: Não sabe informar: Outros: _____

Possui animal doméstico

Sim Não dentro de casa fora de casa Qual : _____
 quantos: _____

Queixas

Sensitivas: dor queimação formigamento agulhadas pontadas
 alodínea dormência outras
 Motoras: caimbras fraqueza muscular exacerbação noturna

Medicamentos em uso: _____

Sinal da Prece:

Ausente: Presente: grau I grau II grau III

Registro Fotográfico: sim não

Plantigrafia: sim não Dinâmica Estática

Fundoscopia:

Retinopatia : sim não Outros: _____

Exame Físico e Testes de Sens.		D	E	Direito	Esquerdo
Amputação - - - - -					
Pele	Ressecamento				
	Fissura ~~				
	Calo Δ				
	Calor				
	Micose interdigital →				
	Cicatriz ≠				
	Edema				
	Bolha •				
	Úlcera				
Unhas	Micoses ⇒				
	Deformidades □				
Pulsos	Dorsal do pé				
	Tibial Posterior				
Alteração	Dedos em garra				
	Dedos em martelo				
Osteo articular	Metatarso proeminente				
	Charcot				
Percepção Térmica					
Percepção Vibratória					
Percepção Sensitiva					
Reflexo do Aquileu					

Classificação do Risco do Pé Diabético

Grau 0 - sensibilidade +, deformidade/hiperceratose -, úlcera - ↑ 1x ao ano/ a cada 6 meses

Grau 1 - sensibilidade -, deformidade/hiperceratose -, úlcera - ↑ cada 3 ou 6 meses

Grau 2 - sensibilidade -, deformidade/hiperceratose +, úlcera - ↑ 3 meses + Terapia Ocupacional

Grau 3 - sensibilidade -, deformidade/hiperceratose (-/+), úlcera cicatrizada ↑ idem

Grau 3A - úlcera superficial com ou sem infecção superficial ↑ curativo/talvez ATB/Cirurgia. Vascular

Grau 3B - úlcera profunda sem infecção e sem atingir o osso ↑ Cirurgia. Vascular

Grau 3C - infecção profunda (celulite, abscesso, tendinite, sinovite ou osteomielite) ↑ internação

Grau 3D - necrose ou gangrena localizada ↑ Internação ↑ Cirurgia. Vascular

Grau 3E - necrose ou gangrena extensa ↑ internação

Risco: _____

Retorno: ___/___/___

Conduta :

Orientação básica

Calçados/palmilhas

Fisioterapia Terapia Ocupacional

Outros

Observações:

ANEXO B
TABELA DE NÚMEROS ALEATÓRIOS

				Coluna				
Linha	0	1	11111	11112	22222	22223	33333	33334
0	12345	67890	12345	67890	12345	67890	12345	67890
1	49280	88924	335779	283	81163	7275	89963	2348
2	61870	41657	7468	8612	98083	97349	20775	45091
3	43898	65923	25078	86129	78496	97653	91550	8078
4	62993	93912	30454	84598	56095	20664	12872	64647
5	33850	58555	51438	85507	71865	79488	76783	31708
6	97340	3364	88472	4334	63919	36394	11095	92470
7	70543	29776	10087	10072	55980	64688	68239	20461
8	89382	93809	796	95945	34101	81277	66090	88872
9	37818	72144	67140	50785	22380	16703	35362	44940
10	60430	22834	14130	96593	23298	56203	92671	15925
11	82975	66158	84731	19436	55790	69229	28661	13670
12	39087	71938	40355	54324	8401	26299	49420	59208
13	55700	24586	93247	32596	11565	63397	44251	43189
14	14756	23997	78643	75912	83832	32768	18928	57070
15	32166	53251	70654	92827	63491	4233	33825	69662
16	23236	73751	31888	81718	6546	83246	47651	4877
17	45794	26926	15130	82455	78305	55058	52551	47182
18	9893	20505	14225	68514	46427	56788	96297	78822
19	54382	74598	91499	14523	68479	27686	46162	83554
20	94750	89923	37089	20048	80336	94598	26940	36858
21	70297	34135	53140	33340	42050	82341	44104	82949
22	85157	47954	32979	26575	57600	40881	12250	73742
23	11100	2340	12860	74697	96644	89439	28707	25815
24	36871	50775	30592	57143	17381	68856	25853	35041
25	23913	48357	63308	16090	51690	54607	72407	55538
26	79348	36085	27973	65157	7456	22255	25620	57054
27	92074	54641	53973	54421	18130	60103	69593	49464
28	6873	21440	75593	41373	49502	17972	82578	16364
29	12478	37622	99659	31065	83613	69889	58569	29571
30	57175	55564	65411	42547	70457	3426	72937	83792
31	91616	11075	80103	7831	59309	13276	26710	73000
32	78025	73539	14621	39044	47450	3197	12787	47709
33	27587	67228	80145	10175	12822	86687	65530	49325
34	16690	20427	4251	64477	73709	73945	92396	68263
35	70183	58065	65489	31833	82093	16747	10386	59293
36	90730	35385	15679	99742	50863	78028	75573	67257

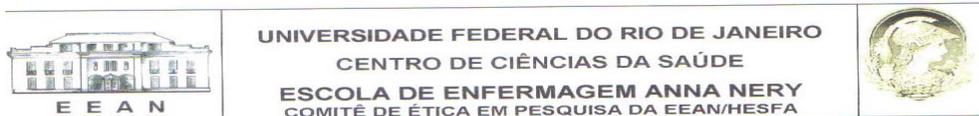
37	10934	93242	13431	24590	2770	48582	906	58595
38	82462	30166	79613	47416	13389	80268	5085	96666
39	27463	10433	7606	16285	93699	60912	94532	95632
40	2979	52997	9079	92709	90110	47506	53693	49892
41	46888	69929	75233	52507	32097	37594	10067	67327
42	53638	83161	8289	12639	8141	12640	28437	9268
43	82433	61427	17239	89160	19666	8814	37841	12847
44	35766	31672	50082	22795	66948	65581	84393	15890
45	10853	42581	8792	13257	61973	24450	52351	16602
46	20341	27398	72906	63955	17276	10646	74692	48438
47	54458	90542	77563	51839	52901	53355	83281	19177
48	26337	66530	16687	35179	46560	123	44546	79896
49	34314	23729	85264	5575	96855	23820	11091	79821
50	28603	10708	68933	34189	92166	15181	66628	58599
51	66194	28926	99547	16625	45515	67953	12108	57846
52	78240	43195	24837	32511	70880	22070	52622	61881
53	833	88000	67299	68215	11274	55624	32991	17436
54	12111	86683	61270	58036	64192	90611	15145	1748
55	47189	99951	5755	3834	43782	90599	40282	51417
56	76396	72486	62423	27618	84184	78922	73561	52818
57	46409	17469	32483	9083	76175	19985	26309	91536
58	74626	22111	87286	46772	42243	68046	44250	42439
59	34450	81974	93723	49023	58432	67083	36876	83391
60	36327	72135	33005	28701	34710	49359	50693	89311
61	74185	77536	84825	9934	99103	9325	67389	45869
62	12296	41623	62873	37943	25584	9609	63360	47270
63	90822	60280	88925	99610	42772	60561	76873	4117
64	72121	79152	96591	90305	10189	79778	68016	13747
65	95268	41377	25684	8151	61816	58555	54305	86189
66	92603	9091	75884	93424	72586	88903	30061	14457
67	18813	90291	5275	1223	79607	95426	34900	9778
68	38840	26903	28624	67157	51986	42865	14508	49315
69	5859	33836	53758	16562	41081	38012	41230	20528
70	85141	21155	99212	32685	51403	31926	69813	58781
71	75047	59643	31074	38172	37180	32119	69506	67143
72	30752	95260	68032	62871	58781	34143	68790	68766
73	22986	82575	42187	62295	84295	30634	66562	31442
74	99439	86692	90348	66036	48399	73451	26698	39437
75	20389	93029	11881	71685	65452	89047	63669	2656
76	39249	5173	68256	36539	20250	68686	5947	9335
77	96777	33605	29481	20063	93980	1843	35139	61344
78	4860	32918	10798	50492	52655	33359	94713	28393
79	41613	42375	403	3656	77580	87772	86877	57085

80	17930	794	53836	53692	67135	98102	61912	11246
81	24649	31845	25736	75231	83808	98917	93829	99430
82	79899	34061	54308	59358	56462	58166	97302	86828
83	76801	49594	81002	30397	52728	15101	72070	33706
84	36239	63636	38140	65731	39788	6872	38971	53363
85	7392	64449	17886	63632	53995	17574	22247	62607
86	67133	4181	33874	98835	67453	59734	76381	63455
87	77759	31504	32832	70861	15152	29733	75371	39174
88	85992	72268	42920	20810	29361	51423	90306	73574
89	79553	75952	54116	65553	47139	60579	9165	85490
90	41101	17336	48951	53674	17880	45260	8575	49321
91	36191	17095	32123	91576	84221	78902	82010	30847
92	62329	63898	23268	74283	26091	68409	69704	82267
93	14751	13151	93115	1437	56945	89661	67680	79790
94	48462	59278	44185	28616	76537	19589	83139	28454
95	29435	88105	59651	44391	74588	55114	80834	85686
96	28340	29285	12965	14821	80425	16602	44653	70467
97	2167	58940	27149	80242	10587	79786	34959	75339
98	17864	991	39557	54981	23588	81914	37609	13128
99	79675	80605	60059	35862	254	36546	21545	78179
100	72335	82037	92003	34100	29879	46613	89720	13274

Fonte: SESI, 2003.

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA DA EEAN/HESFA



Protocolo nº 043/06

Título do Projeto: A aplicação dos papéis de autocuidado na consulta de enfermagem para prevenção da complicação do tipo pé diabético

Pesquisador Responsável: Carlos Victor dos Santos Filho

Instituição onde a pesquisa será realizada: Hospital Geral de Jacarepaguá

Data de Entrega do Protocolo ao CEP: 14/06/06

Sugestões

Acrescentar o nome da orientadora no TCLE.

Rio de Janeiro, 30 de junho de 2006

Marcia Tereza Luz Lisboa

Marcia Tereza Luz Lisboa
Coordenadora CEP-EEAN/HESFA

Livros Grátis

(<http://www.livrosgratis.com.br>)

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)

[Baixar livros de Literatura](#)
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)
[Baixar livros de Matemática](#)
[Baixar livros de Medicina](#)
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)
[Baixar livros de Meteorologia](#)
[Baixar Monografias e TCC](#)
[Baixar livros Multidisciplinar](#)
[Baixar livros de Música](#)
[Baixar livros de Psicologia](#)
[Baixar livros de Química](#)
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)
[Baixar livros de Serviço Social](#)
[Baixar livros de Sociologia](#)
[Baixar livros de Teologia](#)
[Baixar livros de Trabalho](#)
[Baixar livros de Turismo](#)