

MARIA DO CARMO LOURENÇO HADDAD^a
OLGA CHIZUE TAKAHASHI^a
HENRIQUETA G.G. DE ALMEIDA^b
ISABEL CRISTINA SCARINCI^c
ELISA H. TOKUSHIMA^d

RESUMO

Considerando que a conscientização e a instrução do diabético são fatores fundamentais para o adequado controle da doença, um grupo de profissionais constituído por médicos, enfermeiros, psicólogo e assistente social implantou em 1984, um programa de atendimento ambulatorial ao paciente diabético no Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná – Londrina. A partir da análise dos resultados obtidos no decorrer de 3 anos de desenvolvimento do programa, a equipe reformulou a metodologia de atendimento visando o envolvimento ativo do paciente, condição primordial para atingir seu maior potencial no cuidado da saúde. Os autores apresentam a nova metodologia adotada, descrevendo a atuação dos profissionais e alunos envolvidos no programa.

PALAVRAS-CHAVE: *Atuação interdisciplinar; Conscientização e instrução do diabético; Cuidados em saúde.*

1 – INTRODUÇÃO

A incidência do Diabetes Mellitus na população brasileira atinge, atualmente, cerca de 5 milhões de indivi-

duos⁸. Por ser uma doença incurável que desenvolve complicações agudas e crônicas responsáveis por um alto índice de morbidade e mortalidade^{2, 4}, somente um controle adequado da doença poderá diminuir o aparecimento

a. Departamento de Enfermagem – CCS/UEL.

b. Departamento de Clínica Médica – CCS/UEL.

c. Psicóloga do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

d. Enfermeira do ambulatório do Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná.

destas complicações.

PÓVOA⁵ afirma que para a obtenção de um controle adequado da doença, a primeira barreira a ser superada é a aceitação da condição de diabético pelo indivíduo.

ARDUÍNO¹ considera a aquisição de conhecimentos sobre o diabetes e os meios de dominá-la, os elementos essenciais para se obter o necessário ajuste e compreensão do diabético frente à doença.

Como o controle do diabetes implica em mudança de comportamento e estilo de vida, o paciente precisa conhecer a doença e desenvolver habilidades necessárias no seu dia a dia, além do compromisso pessoal e um ajustamento psicológico individual e familiar apropriados, que podem ser obtidos através de programas educacionais^{3, 6, 7}.

Considerando a conscientização e a instrução do diabético fatores fundamentais para o adequado controle da doença, um grupo de profissionais constituído por assistente social, enfermeiros, médicos e psicólogo elaborou um programa de assistência ambulatorial, com os seguintes objetivos:

1 - Formar recursos humanos de nível universitário, técnico e auxiliar, nas áreas de saúde, aperfeiçoando inclusive profissionais já graduados.

1.1 - Possibilitar adequadas experiências de aprendizagem aos alunos dos cursos de Enfermagem e Medicina, levando-os a desenvolver assistência, educação em saúde e trabalho em equipe interdisciplinar.

1.2 - Treinar, em serviço, técnicos e auxiliares de nível intermediário da Universidade ou elementos da comunidade, a fim de habilitá-los ao melhor exercício profissional.

1.3 - Propiciar a docentes dos Departamentos de Clínica Médica e Enfermagem oportunidade de integração ensino-prestação de serviços à comunidade.

1.4 - Possibilitar o aproveitamento de profissionais do HURNPr., tais como de psicologia e serviço social, promovendo a integração ensino-assistência.

2 - Desenvolver ações de assistência e educação a pacientes diabéticos, familiares e comunidade através do atendimento ambulatorial.

2.1 - Promover o atendimento ambulatorial a população de diabéticos, através da atuação de uma equipe interdisciplinar, buscando a participação dos pacientes e familiares no desenvolvimento de ações integradas, que lhes permitam exercer sobre a doença um controle ideal.

2.2 - Proporcionar ao paciente melhor convívio social através de reuniões de grupo, onde são discutidas situações comuns aos mesmos, permitindo-lhes a expressão de sua individualidade e aceitação da sua doença.

2.3 - Permitir que o paciente sinta-se sujeito do seu processo de tratamento, percebendo e compreendendo melhor os mecanismos que envolvem a doença.

2.4 - Promover esclarecimentos a familiares de diabéticos e comunidade a respeito da doença.

2 - METODOLOGIA

Este programa de assistência foi implantado em março de 1984, no ambulatório do Hospital Universitário Regional

do Norte do Paraná (HURNPr), órgão suplementar da Universidade Estadual de Londrina.

Participam diretamente no desenvolvimento do programa, três docentes do Departamento de Enfermagem da disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica, três docentes do Departamento de Clínica Médica da disciplina de Endocrinologia, a enfermeira-chefe do ambulatório, um psicólogo e um assistente social.

Atuam também os médicos residentes da Clínica Médica e alunos do 9º ao 12º período do curso de graduação em medicina que estiverem estagiando na especialidade de Endocrinologia e os alunos do 5º período de Enfermagem durante o estágio da disciplina Enfermagem Médico-Cirúrgica.

A população alvo é constituída por diabéticos reunidos em grupo, baseado no ano de início do paciente no programa: grupos de 1984, 1985, 1986 e 1987.

Os pacientes que participam do programa são selecionados, através de entrevistas, entre os pacientes novos e aqueles inscritos no ambulatório de endocrinologia portadores de diabetes mellitus que obedecem aos seguintes critérios:

- idade entre 10 e 60 anos;
- disponibilidade para comparecer ao ambulatório uma vez ao mês, durante 10 meses.
- inexistência de deficiência física que dificulte seu comparecimento ou compreensão das informações oferecidas pelo programa (cegueira, surdez, etc).

Para facilitar a organização do trabalho, estipulou-se um horário e dia da semana para o atendimento interdisciplinar. Com os dias de atendimento previamente determinados, os pacientes quando impossibilitados de comparecerem na data prevista, podem vir na semana seguinte do mesmo mês, sem prejuízo do atendimento.

O programa tem a duração de 10 meses e, portanto, são planejadas 10 consultas.

Foram elaborados alguns impressos próprios para proporcionar um controle do desenvolvimento das atividades.

1 - Histórico do paciente - é utilizado conjuntamente pelos profissionais da área médica e de enfermagem, onde são registrados todos os dados do paciente e as ações propostas na primeira consulta (anexo I).

2 - Evolução - também é um impresso único utilizado pelos dois profissionais acima citados, onde são registrados os dados da anamnese e as ações propostas nos retornos subsequentes (anexo II).

3 - Tabela dietética - para a orientação dietética, optou-se pela tabela que distribui os alimentos em grupos, segundo valor calórico destes. O cálculo do valor calórico total permitido à cada paciente é determinado pelo médico. O enfermeiro, juntamente com o paciente, planeja a distribuição das porções dos alimentos nas várias refeições do dia, procurando considerar na medida do possível, a preferência do cliente.

Para facilitar a compreensão, identificou-se cada grupo de alimentos com uma cor específica (anexo III)

ANEXO I



SUB-PROJETO - ATENDIMENTO AMBULATORIAL MULTIDISCIPLINAR AO PACIENTE DIABÉTICO

I. IDENTIFICAÇÃO - Data: _____ Registro: _____
 Nome: _____ Categoria: _____
 Idade: _____ Sexo: _____ Cor: _____ Estado Civil: _____
 Profissão: _____ Religião: _____
 Local de Trabalho: _____
 Escolaridade: _____ Natural: _____ Nacionalidade: _____
 Residência: _____

II. CONDIÇÕES GERAIS

Localização - Ambulante _____ Ambulante com auxílio _____
 Nível de consciência _____
 Constituição - Eufórico _____ Normotônico _____ Longínquo _____
 Peso Med: _____ Peso: _____ Altura: _____
 PA: _____ P _____ T _____ FB _____

III. PERCEPÇÕES E EXPECTATIVAS

• O que o incomoda (preocupações, medos, problemas)

 • O que gostaria de perguntar:

 • O que sabe sobre a doença e o tratamento:

ANEXO I

V. MANUTENÇÃO DA SAÚDE

1. Exames iniciais e subsequentes (periodicidade):

 2. Imunização:

 3. Vícios:
 Tabaco: _____
 Alcoolismo: _____
 Outros: _____

VI. ANTECEDENTES FAMILIARES E PESSOAIS

• Obesos na família (pai de pai/mãe de mãe):

 • O diabetes na família (pai de pai/mãe de mãe):

 Pessoas:
 • Outras doenças: _____

 • Cirurgias prévias:

 • Outras: (n. de gestações, n. de partos, n. de filhos vivos, filhos com mais de 4 quilos, abortos):

 • Alergias:

 • Medicamentos em uso:

ANEXO I

IV. NECESSIDADES BÁSICAS

1. Habitação (tipo de casa, quantidade, saneamento básico, animais, internet, etc.):

 2. Sono e repouso (horário, repouso durante o dia, insônia, etc.):

 3. Alimentação (n. de refeições, horário, apetite, preferência, intolerância):

 4. Higiene (tipo, quantidade):

 5. Eliminações:
 a) Intestinal (hábito, n. de evacuações):

 b) Urinária (volume em 24 horas, horário de maior frequência):

 c) Menstrual (problemas sentidos):

 6. Higiene corporal (frequência, horário, tipo de banho, higiene oral):

 7. Atividades físicas e lazer (tipo, frequência, duração):

 8. Sexualidade e reprodução (satisfação, uso de anticoncepcionais):

ANEXO I

VII. ANAMNESE DIRIGIDA

• História da moléstia atual:

 • Tratamento atualizado: Regular _____ Irregular _____
 • Dieta: _____ Concomitante _____ Dose _____
 • Insulina: _____ Dose _____ Horário _____
 • Controle de Glicemia: _____ Cítemas _____

SINTOMAS	+ ou -	DURAÇÃO	DIAS
Prurido			
Parestesia			
Prisão de ventre			
Diárréia			
Frequência irregular			
Prisão de urina			
Intoxicação			
Prisão aguda			
Cetose			
Coma			

Outras queixas:

ANEXO I

VIII. EXAME FÍSICO

- Couro cabeludo: _____
- Olhos: _____ Córnea: _____
- Fundos de olho: _____
- Orelhas: _____ Nariz: _____
- Garganta: _____ Mucosa: _____
- Pulsoes - Tímpano: _____
- Tórax: _____
- Aparelho respiratório: _____
- Ausculta pulmonar: _____
- Aparelho circulatório: _____
- Ausculta cardíaca: _____
- Membros superiores: _____
- Abdômen: _____
- Fígado: _____ Teco: _____
- Genitais: _____
- Membros inferiores: _____
- Anúria peritêica: _____
- Dorso: _____
- Região glútea: _____ Região anal: _____
- Pele: _____ Pele: _____
- Ganglios: _____
- Mucosa: _____
- Sistema nervoso: _____
- Outros achados de exame físico: _____

ANEXO II



SUPORTE ATENDIMENTO AMBULATORIAL MULTIDISCIPLINAR
AO PACIENTE DIABÉTICO

NOME: _____ REGISTRO: _____
 RETORNO: _____ DATA: _____

EVOLUÇÃO

I - MEDICAÇÕES EM USO:

REGIMEN: (Tipo, dose, horário)

CONDIÇÕES DO LOCAL DE APLICAÇÃO:

HIPOLIQUINANTE ORAL

OUTROS:

II - DIETA:

Nº de refeições/dia:

TIPO DE ALIMENTOS INGERIDOS

INGESTÃO HÍDRICA

III - EXERCÍCIOS:

IV - OUTROS:

POLIURIA

POLIÍPSIA

POLIPIA

CÂMERAS

LOCOMNAS PERNAS

ALTERAÇÃO DO PESO

HÁBITO INTESTINAL

ALTERAÇÃO URINÁRIA

OUTRAS:

V - EXAME FÍSICO:

PESO: _____ ALTURA: _____

IM: _____ P: _____ T: _____

CARÇA:

CAVIDADE ORAL (dútil, mucosa, língua dentada)

ANEXO I

IX. DIAGNÓSTICOS

X. PLANO DE TRATAMENTO

XI. PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

XII. AÇÕES DE ENFERMAGEM

XIII. PLANO PARA OUTROS RETORNOS

XIV. IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR SOBRE O PACIENTE (aspecto geral, expressão facial, etc.)

Dados colhidos por: Med.: _____

Enf.: _____

ANEXO II

CORAÇÃO: _____

PULSAÇÃO: _____

ABDOMEN: _____

MEMBROS SUPERIORES: _____

MEMBROS INFERIORES: _____

CONDIÇÃO DOS PÉS (temperatura, turgência, edema, etc.): _____

GENITAIS: _____

ALTERAÇÕES NEUROLÓGICAS: _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES: _____

VI - EXAMES COMPLEMENTARES:

GLUCEMIA PÓS PRANDIAL: _____

REGULAÇÃO DE HEMOGLOBINA: _____

SAÍDA DE URINA: _____

OUTROS: _____

VII - DIAGNÓSTICO

VIII - PLANO DE TRATAMENTO

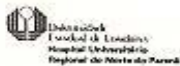
IX - PROBLEMAS DE ENFERMAGEM

X - AÇÕES DE ENFERMAGEM

XI - IMPRESSÕES DO ENTREVISTADOR

XII - PRÓXIMO RETORNO

ANEXO III



SUBPROJETO ATENDIMENTO AMBULATORIAL MULTIDISCIPLINAR AO PACIENTE DIABÉTICO

ORIENTAÇÃO DIETÉTICA

Nome: _____ Registro: _____

GRUPO 1 25 CALORIAS		PORÇÕES DIÁRIAS PERMITIDAS	
ALIMENTOS CRUS	Quantidade em gramas	MEDIDAS CASEIRAS	
Abacaxi (placado)	100	1 prato dos de sobremesa	
Apio (seco)	100	1 pires dos de chá	
Agrião	100	1 grato dos de mesa (seco)	
Alface	120	1 prato dos de mesa (seco)	
Alcachofra (placado)	150	1 prato dos de sobremesa	
Aspergo fresco (placado)	100	1 prato dos de sobremesa	
Aspergo enlatado	120	1 prato dos de sobremesa	
Berlínzola	80	1/2 unidade de tamanho médio	
Beldoca (placado)	60	1 pires dos de chá	
Cilantro (placado)	100	1 prato dos de sobremesa	
Couve (placado)	100	1 prato dos de sopa	
Couve flor	80	1 pires dos de chá	
Escarola (placado)	100	1 prato dos de mesa	
Espináche	100	1 prato dos de sobremesa	
Mozzarella (placado)	80	1 prato dos de mesa	
Nabo	60	2 unidades de tamanho médio	
Pequi	150	1 unidade de tamanho pequeno	
Rebena	100	2 unidades de tamanho médio	
Repolho (placado)	80	1 prato dos de sobremesa	
Torrada	100	2 unidades de tamanho médio	

GRUPO 2 35 CALORIAS		PORÇÕES DIÁRIAS PERMITIDAS	
ALIMENTOS CRUS	Quantidade em gramas	MEDIDAS CASEIRAS	
Abóbora (placada)	100	1 pires dos de chá	
Abobrinha (placada)	100	1 pires dos de chá	
Alcachofra	50	1 unidade de tamanho médio	
Alho poró	80	1 unidade de tamanho grande	
Berlínzola	120	1 unidade de tamanho pequeno	
Beldoca	80	1 unidade de tamanho médio	
Beldoca (placado)	100	1 prato dos de sobremesa	
Cenoura	80	1 unidade de tamanho médio	
Ervilha enlatada	50	3 colheres das de sopa	
Ervilha fresca	30	2 colheres das de sopa	
Inhame	50	1 unidade de tamanho pequeno	
Palmito (seco/placado)	120	1 prato dos de sobremesa	
Feijão	100	2 unidades de tamanho médio	
Feijão branco	80	1 pires dos de café (seco)	
Grão (placado)	100	1 pires dos de café	
Vagem (placado)	80	1 pires dos de café	
Cruciflo	100	1/2 unidade de tamanho médio	

ANEXO III

GRUPO 5 50 CALORIAS		PORÇÕES DIÁRIAS PERMITIDAS	
ALIMENTOS CRUS	Quantidade em gramas	MEDIDAS CASEIRAS	
Abacaxi	80	1 fatia média	
Abacaxi (seco)	100	1/2 copo	
Amêijoia amarela	80	3 unidades de tamanho médio	
Amêijoia vermelha	130	3 unidades de tamanho grande	
Banana	60	1 unidade de tamanho médio	
Caju	150	3 unidades pequenas	
Caqui	80	1 unidade de tamanho médio	
Cenja	70	3 unidades de tamanho médio	
Figo	60	1 unidade de tamanho médio	
Figo da Índia	200	3 unidades de tamanho médio	
Framboesa	80	3 pires dos de chá	
Fruta do campo	80	1 pires dos de chá	
Goiaba	70	1 unidade pequena	
Jabuticaba	100	2 pires dos de chá	
Jaca	100		
Jambo	130		
Laranja	100	1 unidade de tamanho médio	
Laranja (seco)	100	1/2 copo	
Lima	100	1 unidade de tamanho médio	
Maçã	80	1/2 unidade grande	
Mamão	75	1 fatia média	
Maracujá	100	2 unidades de tamanho médio	
Melancia	150	1 fatia grande	
Melão	200	1 fatia média	
Morango	120	1 pires dos de chá	
Para	70	1/2 unidade de tamanho médio	
Pêssego*	100	2 unidades de tamanho médio	
Tangerina	100	1 unidade de tamanho médio	
Uva	70	1 cacho médio	

GRUPO 6 65 CALORIAS		PORÇÕES DIÁRIAS PERMITIDAS	
ALIMENTOS CRUS	Quantidade em gramas	MEDIDAS CASEIRAS	
Avetá	20	3 colheres das de sopa, rasas	
Bolacha salgada	15	3 bolachas	
Mezena	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Pão	25	1/2 pãozinho	
Pão de centeio	30	1 fatia	
Pão de glútem	25	1 fatia	
Torrada salgada	15		

ANEXO III

GRUPO 3 100 CALORIAS		PORÇÕES DIÁRIAS PERMITIDAS	
ALIMENTOS CRUS	Quantidade em gramas	MEDIDAS CASEIRAS	
Arroz	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Batata inglesa	120	2 de tamanho médio	
Batata doce	80	1 pequeno	
Ervilha seca	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Farinha de mandioca	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Farinha de milho	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Farinha de trigo	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Feijão	30	2 colheres das de sopa, rasas	
Fubá	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Grão de bico	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Lentilha	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Macarrão	25	2 colheres das de sopa, rasas	
Mandioca	80	1 pedaço pequeno	
Mandiocquinha	80	1 tamanho pequeno	
Pão	40	1 pãozinho pequeno	
Sagu	30	3 colheres das de sopa, rasas	
Trigo	30	3 colheres das de sopa, rasas	

GRUPO 4 160 CALORIAS		PORÇÕES DIÁRIAS PERMITIDAS	
ALIMENTOS CRUS	Quantidade em gramas	MEDIDAS CASEIRAS	
Carna de vaca	100	1 porção média	
Carna seca	60	1 porção média	
Coração	150	1 porção grande	
Doberalinho	100	1 pires dos de chá	
Fígado	120	1 bife grande	
Lingua	80	1 pedaço de tamanho médio	
Milho	120	1/2 de tamanho médio	
Milcovado	200	1 porção média	
Rim	100	1/2 de tamanho médio	
Carna de porco	60	3 pedaço médio	
Salsicha	50	2 de tamanho médio	
Galinha	100	1 coxa e antebraço	
Ovo	100	2 unidades	
Omeio prato	40	1 fatia de tamanho médio	
Omeio de minas	25	1 fatia de tamanho pequeno	
Mussarela	45	1 fatia de tamanho médio	
Requeijão	40	1 fatia de tamanho médio	
Rizoto	80	1 fatia de tamanho grande	
Carneio fresco	150	1 prato de sobremesa	
Bacalhau	220	1 porção grande	
Corvina	170	1 porção média	
Dourado	100	1 fatia média	
Caracola	100	1 porção grande	
Pescadinho	170	2 filés de uma média	
Robalo	200	1 porção grande	
Sardinha fresco	120	3 de tamanho médio	
Sardinha/ata/óleo	40	1 sardinha	
Sardinha/ata/torrada	80	2 sardinhas	
Tanha	30	1 porção pequena	

ANEXO III

GRUPO 7 140 CALORIAS		PORÇÕES DIÁRIAS PERMITIDAS	
ALIMENTOS CRUS	Quantidade em gramas	MEDIDAS CASEIRAS	
Leite	200	1 copo	
Leite (do)	30	3 colheres das de sopa	
Leite desnatado	400	2 copos	
Leite desnatado (do)	40	2 1/2 colheres das de sopa	
Yogurt, coalhada	200	1 copo	

Manteiga ou margarina - quantidade permitida: _____
Óleo - quantidade permitida: _____

DISTRIBUIÇÃO DAS REFEIÇÕES



CAFÉ DA MANHÃ



ALMOÇO



LANCHE



JANTAR



CEIA

ATENÇÃO: - Não dê de fazer as refeições ou lanches recomendados.
- Quando não for possível adicionar ou retirar, avise de um pequeno lanche nesse horário, ou mesmo uma porção de fruta, suco ou leite.

ANEXO IX

07. Para você saber como deve ser a dieta do diabético? Cite os pontos mais importantes.

08. Faça um esboço da dieta? Qual?

09. Dê a qual a ação de comprimido?

10. Dê a qual a ação do insulina?

11. Onde os locais em que você faz a aplicação?

12. Onde faz a aplicação?

13. Qual a importância das exercícios físicos? Descreva, expor-se no seu parecer!

14. Quais os principais locais que o diabetes mellitus pode ocasionar a longo prazo nos diabéticos que não têm um bom controle da doença? Quais os locais do corpo que são mais prejudicados?

15. O que você sente quando sua glicemia está muito? Quais as providências que você deve tomar com rapidez?

16. O que é "Choque hipotônico"? O que você deve fazer quando ele ocorre?

17. Como você faz a sua glicemia? Para que serve?

18. É importante fazer glicemia? Por quê? Qual a sua frequência normal?

4 – Locais para aplicação de insulina – é um impresso fornecido aos pacientes que fazem uso de insulina, onde são assinaladas as regiões do corpo indicadas para as aplicações e contém algumas recomendações sobre a utilização da insulina, além de um espaço para registro das glicosúrias verificadas (anexo IV).

5 – Gráfico – é utilizado para registrar os resultados da glicemia e glicosúria registradas em cada atendimento, fornecendo um perfil do controle do diabetes do paciente no decorrer do programa.

No verso da folha são anotados os resultados de alguns exames eventualmente solicitados (anexo V).

A metodologia de atendimento foi modificada a partir de 1987, visando o envolvimento ativo do paciente, condição primordial para atingir seu potencial no cuidado da saúde.

No 1º atendimento (anexo VI) é realizada a apresentação da equipe e pacientes, possibilitando aos últimos o conhecimento dos objetivos e a dinâmica de trabalho a ser desenvolvida. Após a apresentação, os pacientes são entrevistados individualmente pela psicóloga ou assistente social, que propõem aos mesmos um compromisso mútuo, onde pacientes e equipe têm responsabilidades definidas dentro do programa, ou seja, a equipe executará a terapêutica adequada e os diabéticos serão responsáveis pelo seu auto cuidado.

No 2º atendimento (anexo VII) os pacientes são entrevistados individualmente pelo médico, enfermeiro, psicólogo e assistente social, onde cada profissional coleta dados específicos à sua área, visando determinar, juntamente com o paciente as ações futuras a serem desenvolvidas.

A partir do 3º atendimento os pacientes recebem informações sobre vários aspectos do diabetes mellitus, sob a forma de aula com duração de 20 minutos. Os temas são ministrados por médicos e enfermeiros, componentes da equipe, que para facilitar a compreensão do assunto utilizam cartazes e diapositivos (anexo VIII).

Após a aula os pacientes permanecem na sala onde participam, de forma grupal, do atendimento da psicologia com a duração de 40 minutos. Estas reuniões consistem em um trabalho terapêutico, de intervenção e de educação com enfoque na problemática emergente do indivíduo, levando-o a elaborar suas vivências atuais, conviver com a doença e desenvolver suas potencialidades. Quando necessário, os pacientes são atendidos individualmente após o atendimento dos outros profissionais.

Seguindo o fluxograma estabelecido, os pacientes são atendidos individualmente pelo médico e pelo enfermeiro, visando a assistência e orientação quanto aos problemas identificados e a terapêutica médica prescrita. Quando são detectados problemas que necessitem atendimento especializado em outras especialidades, o paciente é encaminhado para consulta na clínica correspondente.

O serviço social também presta atendimento individual e familiar, considerando os fenômenos sociais vinculados à problemática da doença e sua relação com a saúde.

Em todos os atendimentos são:

- verificados e anotados em impresso próprio os sinais vitais, peso e altura. (anexo II)

- fornecido desjejum.
- ministrada insulina nos pacientes que necessitam.
- verificado a glicemia de jejum, glicosúria, cetonúria dos pacientes com glicosúria elevada e glicosúria fracionada.

Para melhor controle e acompanhamento dos pacientes são colhidos os seguintes exames:

1. Uma vez ao ano

Glicemia (método auto-toluidina), colesterol, triglicérides, ácido úrico, hemograma, uréia, creatinina.

2. A cada 3 meses

Hemoglobina glicosilada, urina tipo I.

3. Sempre que necessário

Cultura de urina, proteinúria de 24hs e outros.

Para avaliar o desenvolvimento do programa são realizadas reuniões mensais com todos os componentes da equipe, a fim de detectar e solucionar precocemente os problemas surgidos. Ao término de cada atendimento a equipe reúne-se para discussão de problemas apresentados por alguns pacientes que exigem uma ação conjunta. O Serviço Social iniciou um trabalho, a nível familiar, conscientizando a mesma frente ao problema do paciente e de que forma pode auxiliar em seu tratamento.

No 10º atendimento (anexo IX) é realizada uma avaliação individual no sentido de verificar a opinião do paciente sobre o programa, determinar o nível de aprendizagem obtido e conhecer as expectativas futuras da clientela. Tal avaliação é aplicada junto ao paciente por qualquer profissional da equipe. Neste atendimento também é realizado uma confraternização entre equipe e pacientes. Nesta oportunidade é feito uma palestra ou apresentado um filme com fins didáticos aos pacientes.

A partir da análise dos resultados obtidos no decorrer de 3 anos de desenvolvimento do programa, a equipe reformulou a metodologia, tendo os grupos de 1984, 1985 e 1986 uma sistemática de atendimento diferenciada do grupo de 1987.

A estes grupos, os atendimentos são realizados bimestralmente considerando que estes pacientes só necessitam de controle e reforço de orientações, sendo o atendimento mais voltado para a conscientização.

3 – RESULTADOS

Os resultados obtidos estão baseados nas avaliações realizadas por 96 pacientes ao término de cada ano de atendimento. A análise destas avaliações revelou que os pacientes consideraram que a participação no programa facilitou a convivência com a doença, principalmente nos seguintes aspectos: permitiu melhor controle da dieta e a aquisição de um maior conhecimento sobre a doença e suas complicações.

Os conteúdos abordados nas aulas programadas foram considerados importantes sendo que os assuntos sobre controle da dieta, higiene corporal (auto-cuidado), informações sobre a doença e auto-aplicação da insulina foram indicados como os mais relevantes.

Mediante as respostas obtidas verificou-se que o aproveitamento foi muito bom, tendo em vista que quase toda

as questões referentes ao conteúdo foram respondidas corretamente.

A maioria dos pacientes considerou a doença de difícil controle principalmente no que se refere à dietoterapia, que segundo os mesmos, depende muito da força de vontade de cada um.

Um aspecto muito ressaltado foi a importância da convivência com outros diabéticos.

Além destes resultados, pode-se afirmar que o convívio equipe-paciente foi gratificante para ambas as partes, devido ao estabelecimento de um bom inter-relacionamento pessoal.

As avaliações feitas pela equipe sobre a atuação nos anos anteriores levou às reformulações citadas neste trabalho. Percebeu-se que, grande parte dos pacientes não estavam assumindo satisfatoriamente a responsabilidade para com o tratamento e um dos fatores que contribui para isso foi a super-proteção da equipe.

Optou-se por uma postura mais firme, no sentido de exigir mais do paciente quanto a dieta, uso adequado de insulina, frequência assídua ao programa, assumindo um compromisso mútuo com este, procurando mostrar-lhe que a equipe tem suas responsabilidades para com o paciente e este também para com a equipe. Enfatiza-se que um tratamento só será efetivo se ambos os lados – equipe e paciente – cumprirem seus papéis.

Assim, estabeleceu-se que o primeiro ano de participação do paciente no programa é mais voltado para a educação e apoio, com ênfase no auto-cuidado, conhecimento sobre complicações da doença e dieta, apoio psicológico e adaptação social. Nos anos seguintes realiza-se um trabalho direcionado para a conscientização. Porém, ressalta-se que educação e conscientização caminham juntos. Por exemplo, um paciente aprenderá noções de auto-cuidado se estiver conscientizado do problema e somente conscientizar-se-á à medida que for tendo noções sobre a doença.

Verificou-se que novas reformulações e iniciativas só tornaram-se possíveis devido ao grande entrosamento entre os membros da equipe interdisciplinar, uma vez que a troca de idéias e experiências foi grande neste período. A convivência durante o atendimento e as reuniões realizadas mensalmente permitiram um aperfeiçoamento contínuo da atuação, além de proporcionar um conhecimento das atividades desenvolvidas por outros profissionais das áreas envolvidas.

4 – CONCLUSÃO

Considerando a individualidade, potencialidade e expectativas do paciente e tendo em vista que o ensino para o auto-cuidado é a forma mais eficaz de contribuir para o ajustamento do mesmo à condição de diabético, a atuação de uma equipe interdisciplinar mostra-se efetiva uma vez que:

- oferece experiências positivas de participação conjunta aos componentes da equipe;
- fornece aos pacientes, subsídios e conhecimentos sobre

a própria doença, o que lhes permite um melhor convívio com a mesma e um melhor controle prevenindo complicações agudas e crônicas;

- proporciona uma mudança na percepção do paciente em relação à sua doença;
- promove a convivência entre os diabéticos;
- fornece aos alunos, experiências concretas de assistência, educação em saúde e trabalho em equipe interdisciplinar;
- favorece a integração de outros serviços de saúde da comunidade mediante a expansão das atividades do programa.

Tendo em vista os resultados positivos obtidos, os autores são favoráveis a que sejam estimuladas propostas

de trabalhos com pacientes diabéticos por equipe interdisciplinar em todas as instituições de atendimento à saúde que tenham condições básicas para tanto. É essencial a consideração de condições específicas da realidade local, ajustando o desenvolvimento do trabalho para situações particulares.

Como aconteceu no presente caso a reformulação e questionamentos sobre a atuação da equipe é imprescindível, pois desta forma procura-se inter-atuar cada vez mais de acordo com as necessidades dos pacientes. Assim como, a descrição de experiências semelhantes e a troca de informações só contribuirá para enriquecer e aperfeiçoar um trabalho que visa essencialmente ajudar o diabético a ter uma vida melhor e mais prolongada.

ABSTRACT

Considering that the diabetic patients psychological and medical instructions are main factors for an adequate control of the disease, a staff, consisting of physicians, nurses, a psychologist and a social assistant, was established in 1984 as an ambulatorial assistance program for the diabetic patients at the Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná in Londrina, PR. Through the analysis of the results obtained during the three years of the program, the staff reformulated an assistance methodology, aimed toward the patient's active involvement, which is the fundamental condition to achieve his high potencial for health care.

KEY WORDS: *Interdisciplinary assistance; Diabetic's psicological medical instruction.*

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ARDUÍNO, F. *Diabetes mellitus*. 3.ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1980. 413 p.
2. COSTA, L.M.D. et alii. Avaliação do nível de dependência do cliente adulto, com restrição de movimentos dos membros inferiores, visando a promoção do auto-cuidado. *Rev. Gaúcha Enf., Porto Alegre, 07(2): 199-221, jul. 1986*
3. NUNES, A.M.P. *Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o auto-cuidado*. Florianópolis, 1982. 142 p. (Dissertação de mestrado — Universidade Federal Santa Catarina).
4. ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD. *Grupo de estudio sobre diabetes mellitus*. Washington, 1975. 98 p. (Publicación científica, 312).
5. PÓVOA, L.C. Prefácio. In: ZAGURY, L. et alii. *Diabetes sem medo*. Rio de Janeiro, Rocco, 1984. 113 p.
6. SILVA, C.C.Z. et alii. O atendimento ao paciente diabético por uma equipe multiprofissional: uma experiência no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Goiás. *Rev. Goiânia Med., Goiânia, 26: 151-61, 1980*.
7. TAKAHASHI, O.C. Atendimento Ambulatorial Interdisciplinar ao Paciente Diabético. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 38, Rio de Janeiro, 1986.
8. ZAGURY, L. et alii. *Diabetes sem medo*. Rio de Janeiro, Rocco, 1984. 113 p.

Recebido para publicação em 14/7/1988