

MANUAL DE ENFERMAGEM

**INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE – IDS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO TELEFÔNICA**

**SÃO PAULO
2001**

© 2001. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/IDS. Universidade de São Paulo/USP. Ministério da Saúde/MS.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135

Tiragem: 15.000 exemplares

Elaboração, coordenação e revisão técnica

Universidade de São Paulo – USP
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Ministério da Saúde – MS

Coordenação do projeto

Paulo A. Lotufo, Raul Cutait, Tânia R. G. B. Pupo

Projeto gráfico e editoração eletrônica

Dreamaker Virtual Art Studios

Financiamento do projeto

Fundação Telefônica

Apoio

Associação Médica Brasileira – AMB
Conselho Federal de Medicina – CFM

Distribuição e informações

Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 130, 1.º andar
CEP: 01403-000, São Paulo – SP
E-mail: ids-saude@uol.com.br

Universidade de São Paulo – USP
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, n.º 374, sala 256
CEP: 05586-000, São Paulo – SP
E-mail: Faculdade de Medicina: fm@edu.usp.br
Escola de Enfermagem: ee@edu.usp.br

Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 718
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: psf@sauda.gov.br

Fundação Telefônica
Rua Joaquim Floriano, 1052, 9.º andar
CEP: 04534-004, São Paulo – SP
E-mail: fundacao@telefonica.org.br

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no site do IDS:
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catalogação na fonte
Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

FICHA CATALOGRÁFICA

Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.
Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília:
Ministério da Saúde, 2001.

250 p.; il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135)

ISBN 85-334-0446-8

1. Enfermagem – Manuais. 2. Saúde da Família. I. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. II. Universidade de São Paulo. III. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WY 100

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no site do IDS:
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização.

REALIZAÇÃO



INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE – IDS
Presidente: Dr. Raul Cutait



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
Reitor: Prof. Dr. Jacques Marcovitch



MINISTÉRIO DA SAÚDE
Ministro: José Serra

FUNDAÇÃO

Telefônica

FUNDAÇÃO TELEFÔNICA

Presidente do Conselho Curador: Fernando Xavier Ferreira
Diretor-Presidente: Sérgio E. Mindlin

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	1
TEMAS DE CARÁTER INTRODUTÓRIO	3
A Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo	4
O Perfil Epidemiológico na Prática do Enfermeiro no Programa Saúde da Família	9
Fundamentos da Assistência à Família em Saúde	14
A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família	18
Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência	23
O Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB como um Instrumento de Trabalho da Equipe no Programa Saúde da Família: A Especificidade do Enfermeiro	29
A Educação em Saúde na Prática do PSF	34
A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família	43
O Programa Saúde da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde	47
A Saúde da Família em Situação de Exclusão Social	51
TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DA MULHER	57
Avaliação e Intervenção de Enfermagem na Gestação	58
DST/AIDS, sexualidade da mulher e autocuidado	64
O Período Pós-Natal: Assistência ao Binômio Mãe-Filho	70
Avaliação e Intervenção de Enfermagem no Parto Normal sem Intercorrências	77
Saúde da Mulher no Curso da Vida	82
TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DA CRIANÇA	87
Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação da Criança	88
Assistência de Enfermagem à Criança com Agravos Respiratórios	95
Assistência de Enfermagem à Criança com Diarréia Aguda e Desidratação	99
Assistência/Cuidado à Criança com Problemas Nutricionais	105
Interação com a Família da Criança Cronicamente Doente	113
Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde Infantil	119
TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO	127
Alguns Aspectos do Tratamento de Feridas no Domicílio	128
Autonomia, Dependência e Incapacidades: Aplicabilidade dos Conceitos na Saúde do Adulto e do Idoso	137
Assistência de Enfermagem no Câncer	141
Atuação da Equipe de Enfermagem na Hipertensão Arterial	149
Educação para o Controle do Diabetes Mellitus	155
Controle da Dor no Domicílio	168
O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso	185

TEMAS RELACIONADOS À SAÚDE MENTAL	197
A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família	198
Assistência de Enfermagem no Transtorno Psiquiátrico do Idoso	202
Intervenções com Familiares no Campo Psicossocial	207
 TEMAS RELACIONADOS À VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA	 211
A Prevenção e o Controle das Doenças Transmissíveis no PSF: Estudos de Caso	212
Atuação da Equipe de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica	220
A Operacionalização do Conceito de Vulnerabilidade no Contexto da Saúde da Família	225

Elaboração de Materiais Instrucionais para Educação à Distância do Programa Saúde da Família

Profa. Dra. Anna Maria Chiesa¹

Profa. Dra. Elizabeth Fujimori¹

Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fracolli¹

Temas da Área de Enfermagem

Apresentação

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), através do Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão: Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva (NACE:AENSC), estabeleceu uma profícua parceria junto ao Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) que resultou na elaboração de material didático para apoiar os processos de capacitação de Enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF).

A missão da EEUSP no projeto foi a de contribuir para o processo de divulgação de conhecimentos através da produção de textos pedagógicos de circulação nacional, voltados para o fortalecimento das práticas de enfermagem em nível local de saúde, necessário para o efetivo avanço da implementação do SUS.

Apesar do entendimento de que a construção de um novo modelo assistencial não se restringe às transformações na prática de uma única categoria profissional, os textos foram dirigidos aos Enfermeiros, entendendo-se que em várias situações os mesmos possam ser utilizados pela equipe como um todo no planejamento da atenção às famílias adscritas. Este aspecto é fundamental, sobretudo na proposta do Programa de Saúde da Família, na qual o trabalho em equipe é um dos eixos fundamentais na estruturação das novas práticas.

Pautou-se no entendimento do PSF como um projeto de reorganização da atenção básica dos serviços de saúde, que pode se configurar na articulação dos modelos tecno-assistenciais que abarcam a prática clínica informada pelo instrumental epidemiológico; cabendo à EEUSP o desenvolvimento de 34 temas relacionados às intervenções de Enfermagem no PSF, aos processos de assistir e gerenciar com enfoque sobre indivíduos, famílias e coletivo; resgatando-se a operacionalização do cuidado na perspectiva da

promoção da saúde.

Analisando as necessidades desta nova prática de atuação da (o) enfermeira (o) na atenção básica de saúde, foram definidos os seguintes temas para desenvolvimento do material:

Temas Introdutórios:

- Abordagem do processo saúde-doença das famílias e do coletivo
- Os perfis epidemiológicos na prática do enfermeiro no PSF
- Fundamentos da Assistência à família em saúde
- A Enfermagem e o cuidado na saúde da família
- Planejamento estratégico como instrumento de gestão e assistência
- O Sistema de Informação da Atenção Básica - SIAB, como instrumento de trabalho da equipe no PSF: a especificidade do enfermeiro
- A Educação em saúde na prática do PSF
- A Visita Domiciliaria na prática da Enfermeira do PSF
- O PSF na busca da humanização e da ética na atenção à saúde
- A saúde e a família em situação de exclusão social

Temas relacionados à Saúde da Mulher:

- Saúde da Mulher no curso da vida
- DST/AIDS: sexualidade da mulher e auto-cuidado
- Avaliação e intervenção de enfermagem na gestação
- Avaliação e intervenção da enfermagem no parto normal sem intercorrências
- O período pós-natal: assistência ao binômio mãe-filho

Temas relacionados à Saúde da Criança

- Promoção do aleitamento materno e alimentação da criança

- Assistência de enfermagem à criança com agravos respiratórios
- Assistência de enfermagem à criança com diaréia aguda e desidratação
- Assistência/cuidado à criança com problemas nutricionais
- Interação com a família da criança cronicamente doente
- Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil

Temas relacionados à saúde do Adulto e do Idoso:

- O processo de envelhecimento e a assistência ao idoso
- Autonomia, dependência e incapacidades: aplicabilidade dos conceitos na saúde do adulto e do idoso
- Alguns aspectos do tratamento de feridas no domicílio
- Atuação da equipe de enfermagem na hipertensão arterial
- Assistência de enfermagem no câncer
- Educação para o controle do Diabetes Mellitus
- Controle da dor no domicílio

Temas relacionados à saúde mental:

- A Saúde Mental no Programa de Saúde da Família

- Assistência de Enfermagem no transtorno psiquiátrico do idoso
- Intervenções familiares no campo psicossocial

Temas relacionados à Vigilância Epidemiológica:

- A prevenção e o controle das Doenças Transmissíveis no PSF: estudo de caso
- A operacionalização do conceito de vulnerabilidade no contexto da saúde da família
- Atuação da equipe de enfermagem na vigilância epidemiológica

Este material não esgota a complexidade da operacionalização do cuidado no nível local de atenção à saúde, porém se constitui num ponto de partida. Outro aspecto que merece destaque é a possibilidade de atualizações futuras do material ora disponibilizado e, ainda, a inclusão de outras temáticas não abordadas neta primeira versão.

O desenvolvimento do material contou com o envolvimento de docentes de todos os Departamentos da EEUSP para sistematizar o conhecimento resultante de pesquisas nas diversas áreas de conhecimentos da Enfermagem, com o intuito de subsidiar a prática dos enfermeiros na perspectiva da construção da assistência integral em saúde.

TEMAS DE CARÁTER INTRODUTÓRIO

A Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo

Lislaine Aparecida Fracolli¹

Maria Rita Bertolozzi¹

O que é a saúde e a doença?

Várias definições têm sido utilizadas nos meios técnico e científico na atualidade. Mas, primeiramente, é necessário deixar claro que a concepção de saúde-doença está diretamente atrelada à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades. Um outro ponto a ser destacado é o fato de que a concepção de saúde-doença dá suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade. Em outras palavras, a prática cotidiana de assistência junto aos indivíduos e aos grupos sociais é orientada pela visão que se tem de saúde, doença, vida, trabalho e assim por diante.

A concepção mais integral, que diz respeito à associação entre as condições sociais e a produção da saúde, ganhou nova força em meados da década de 70, sobretudo na América Latina, palco do desenvolvimento de processos de exclusão social, devido à adoção de determinadas políticas de ordens econômica e social. Como resposta a essa situação, na qual a maioria das populações exibe condições cada vez mais precárias em termos de acesso ao consumo uma vez que despojadas progressivamente de emprego e de salários dignos desenvolve-se o embrião latente da denominada Medicina Social, que permanecera mascarada pelo advento da era bacteriológica.

Fruto desse pensar, que buscava uma compreensão diferenciada dos fenômenos sociais e inclusive de saúde, consolida-se o desenvolvimento da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, que busca relacionar a forma como a sociedade está organizada às manifestações de saúde ou de doença. E o que isso quer dizer?

Significa que a saúde-doença compõe momentos de um processo maior, que se refere à vida das pessoas, que, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm ao acesso às necessidades para viver a vida, seja a moradia, a alimentação, a educação, a saúde, o lazer, etc. Ter acesso, numa sociedade como

a brasileira, depende da inserção no sistema de produção, ou seja, do local que a pessoa ocupa no trabalho. Assim, a depender da inserção no sistema de produção, poderá-se dispor de possibilidades maiores ou menores para o consumo. Portanto, verifica-se que a saúde-doença depende em última instância, do lugar que se ocupa na sociedade. Evidentemente que não se estão deixando de lado as características particulares de cada ser humano, conformadas através do genótipo/fenótipo. Assim, a vida humana é forjada tanto na dimensão de processos que causam danos como daqueles que protegem as pessoas.

E como atuar na ótica da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença?

Talvez fique mais claro se nos propusermos a explicar essa nova forma de conceber e de fazer/ promover saúde, através de um quadro que evidencie dois planos: o da realidade atual dos serviços de saúde e o que se propõe com a abordagem da saúde-doença nas famílias/grupos sociais e no coletivo, que se passa a denominar como emancipatória.

Essa atuação emancipatória pressupõe um trabalho criativo, consciente, que comporte a imaginação, a solidariedade e a liberdade. Aqui se fala, portanto, de um projeto de trabalho que é construído pelo conjunto dos trabalhadores da saúde, o qual pode plenamente ser desenvolvido através da atuação propiciada no Programa de Saúde da Família.

A vida humana é dinâmica e contraditória, não estática. Dessa forma, a saúde não se reduz à aparição de um transtorno e à busca de um serviço de saúde. Os problemas de saúde são resultado de um processo complexo e dinâmico que se produz no interior da sociedade. Por exemplo, as condições de saúde dos trabalhadores se produzem no local de trabalho, no âmbito do consumo familiar no domicílio em que residem, na sua vida organizativa e cultural, entre

Temas de Caráter Introdutório

outras. Em cada um desses espaços ocorrem fatos que possivelmente sejam destrutivos para o funcionamento de seu corpo biopsíquico. Em todos esses locais também pode haver fatos que sejam benéficos para a saúde.

Nos vários momentos da vida pode predominar um dos pólos: de fortalecimento ou de desgaste do corpo humano e isso se dá através da manifestação de saúde-doença, como estado de saúde ou de doença.

Essa abordagem que busca a integralidade orienta uma nova intervenção que transcende ao fazer tradicional carreado substantivamente pela **Vigilância Epidemiológica** que opera na base da História Natural da Doença, que vincula atributos aos integrantes da cadeia da enfermidade, ou seja, o ser humano, denominado hospedeiro, o agente etiológico e o meio ambiente.

Conforme se falou anteriormente, as intervenções aqui são focais e dizem respeito ao restabelecimento do reequilíbrio dessa cadeia. Não se está defendendo aqui que as ações de Vigilância Epidemiológica são errônea ou desnecessariamente realizadas; ao contrário, aponta-se a forma como a concepção factorial pode limitar ou reduzir as intervenções em saúde. Isto significa que os resultados da ação realizados podem ser muito pouco efetivos porque se orienta a apenas um fator ou a alguns outros selecionados pelos técnicos de saúde como os “mais importantes” e que devem ser alvo da intervenção.

Na abordagem da **Vigilância à Saúde** está se

remetendo a uma forma de atuação que tem em vista a cotidianidade, ou seja, o constante monitoramento da saúde-doença dos grupos sociais. Neste aspecto, consideram-se como objeto de atenção os perfis de saúde-doença dos grupos sociais e as questões que desencadearam os processos de adoecimento/fortalecimento. A atuação, neste caso, não se reduz à espera de sinais de alarme ou dos denominados eventos sentinelas, mas da detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde. Veja-se que estes ganham uma nova dimensão, pois deixam de ser fatores e passam a integrar processos de vida.

Nesse sentido, a atuação em Saúde Coletiva deve dar lugar à apreensão da forma como os usuários dos serviços de saúde, individualmente ou nos grupos sociais, entendem o processo saúde-doença em primeiro lugar, uma vez que se deve partir desse marco para superar o entendimento tradicional. Entendendo-se que a doença não está fatalmente subsumida só à exposição ao agente etiológico ou a alguns fatores, é preciso disponibilizar à população informação de como operam a saúde e a doença, ou seja, como se originam efetivamente. Mais uma vez, convém enfatizar que o entendimento da saúde e da doença não deve deixar de lado o conhecimento sobre como estes ocorrem para além das questões biológicas. Assim, aspectos relativos ao agente biológico são fundamentalmente importantes, mas não se reduzem a eles.

A Atuação na Realidade Atual	A Atuação Emancipatória
Trabalha com a probabilidade/chance	probabilidade/chance Trabalha com necessidades das pessoas/ dos grupos sociais
Trabalha com fatores de risco	Trabalha com processos de fortalecimento e de desgaste na vida
Realidade fracionada	Totalidade
Social-biológico são fatores, dentre outros	Biológico está subsumido ao social
Causalidade	Determinação social do processo saúde-doença
Vigilância epidemiológica	Vigilância à saúde

No seu cotidiano, a enfermeira pode operar na perspectiva emancipatória através dos seguintes

instrumentos: consulta de enfermagem, acolhimento e visita domiciliaria. Vejamos como isto poderia ocorrer.

A consulta de Enfermagem e o acolhimento como espaços para a reconstrução da lógica do Processo Saúde-doença na esfera individual.

Os profissionais de saúde, ao exercitarem sua prática, reiteram a lógica médica e medicalizante, hegemônica na sociedade ocidental, atuando segundo as teorias uni ou multicausais do processo saúde-doença. Tal fato se expressa muitas vezes sem que os próprios profissionais se dêem conta. Aqui serão discutidos alguns exemplos de como, no cotidiano do trabalho, se reiteram algumas práticas dessa natureza.

No âmbito do atendimento individual, a Consulta de Enfermagem é um momento de encontro entre o indivíduo e o trabalhador da saúde, o qual se fundamenta, principalmente, sobre o eixo da queixa-conduta. Em outras palavras, o indivíduo que comparece ao atendimento o faz porque, de alguma forma, está “vivenciando” um processo de sofrimento, que se expressa, naquele momento, através de um sintoma ou sinal físico.

Conforme se verificou anteriormente, a depender de como se interpreta a saúde-doença, esse processo pode ser lido sob a ótica da **Unicausalidade, da Multicausalidade, ou da Determinação Social do Processo Saúde-Doença**. Quando apreendida sob esta última concepção, o sintoma ou sinal físico é compreendido como reflexo das condições de vida e de trabalho dessa pessoa, como: falta de dinheiro para pagar uma dívida vencida, a habitação não acabada, a alimentação malconservada pela ausência de geladeira ou porque foi comprada já apresentando certo grau de deterioração. Enfim, poder-se-ia listar aqui uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e são determinantes dos perfis de saúde e doença. Contudo, a enfermeira, ao proceder à consulta do indivíduo, esmera-se em realizar um exame físico rigoroso e em fazer uma anamnese que investigue atentamente as causas biológicas da dor, afere pressão, verifica a temperatura e o peso, realizando ainda outras “avaliações” físicas que possam subsidiar o seu diagnóstico de saúde. Quase sempre se termina o atendimento com a identificação de uma “anormalidade”, ou uma doença, para a qual normalmente existe uma prescrição contendo medicamentos específicos e condutas a seguir, solicitando-se o retorno do paciente em dada previamente agendada.

Mas aí começam alguns problemas. Veja-se que

uma primeira questão a ser apontada é o fato de que a forma como a pessoa vive, trabalha, não foi, em nenhum momento cogitada pela enfermeira, como sendo desencadeante ou condicionante do processo saúde-doença. Além disso, mesmo que o atendimento tenha sido realizado a contento, sob a percepção da enfermeira, cobrindo todas as etapas para se entender o que pode apresentar o paciente, alguns destes não retornam. Os que retornam demonstram, muitas vezes, a continuidade dos sintomas. Portanto, a primeira hipótese que surge é que os medicamentos prescritos não foram eficazes. Então, o profissional revê sua dosagem, refaz o exame, checa se não “errou” o diagnóstico, faz nova prescrição e orientação e remarca o retorno. Neste terceiro momento, podem estar presentes, mais uma vez, os mesmos sinais e sintomas. E assim, sucessivamente, os pacientes vão preenchendo as agendas dos profissionais de saúde e dos serviços, sem, contudo, encontrar a resolução de seus problemas de saúde.

Esses exemplos cotidianos nos remetem à necessidade de mudarmos a lógica de nossa abordagem. A clínica em si é muito eficiente, mas precisa ser ampliada. É preciso resgatar “aquelha” prática clínica que não decodifica apenas as questões biopsíquicas, mas que resgata valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas; essa clínica que resgata, na sua prática, a possibilidade de se conhecer não apenas os sinais e sintomas biológicos dos sujeitos, mas também a sua maneira de “andar na vida”, que não fornece apenas prescrições medicamentosas, mas sim compreensão, responsabilização e vínculo com o sujeito. Assim, adotar um modelo de clínica pautado nesses valores é tomar para si o desafio de incorporar, nas consultas individuais, a lógica da determinação social do processo saúde-doença.

Um outro espaço de exercício dessa visão de determinação social sobre o processo saúde-doença, ainda na dimensão individual, é a introdução, em alguns programas de saúde, de uma modalidade de atendimento chamada “acolhimento”, o qual é considerado como um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas em uma seqüência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo

usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

O usuário do serviço de saúde busca obter no “acolhimento” uma relação de compromisso por parte do trabalhador de saúde e a priorização problema/necessidade que o leva ao sistema de saúde, esperando a atenção, a escuta e o respeito por parte dos trabalhadores. O que muitas vezes ocorre é a divergência de interesses entre trabalhador/usuário, onde um - o usuário - busca a resolução de um problema que, segundo sua ótica, considera importante, e o outro - o trabalhador de saúde - muitas vezes se mantém preso aos procedimentos, normas e rotinas do serviço. Nesse encontro de necessidades, a negociação se torna presente e importante pois nem sempre a necessidade de um usuário é um problema para o trabalhador e/ou para o serviço de saúde. Tanto o usuário quanto o profissional podem ser produtores de saúde; esta concepção difere do padrão tradicionalmente em uso nos sistemas de saúde, onde o trabalhador é o sujeito do processo e o usuário é o objeto sobre o qual há uma intervenção para a “melhora de sua saúde”. É preciso uma configuração diferente das ações de saúde por parte dos profissionais que devem reciclar os seus conhecimentos, reaprendendo o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos, superando, assim, suas limitações ideológicas.

A Visita Domiciliária (VD) e suas potencialidades para a prática emancipatória de saúde na esfera das famílias

Na esfera familiar, o PSF nos propicia maior proximidade com as pessoas e seus modos de “andar na vida”, principalmente através das Visitas e dos Atendimentos Domiciliares, elencados como práticas importantes dos profissionais que atuam junto ao Programa. A Visita Domiciliária é um instrumento importante para a enfermeira. Fazer uso dessa tecnologia de assistência, de forma a operacionalizar a concepção de determinação social do processo saúde-doença, significa buscar compreender as relações entre os indivíduos que compõem uma família e a maneira como estas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de

desgaste para a saúde e a doença.

Entende-se que a VD é menos um instrumento para “policiar” o cumprimento (ou não) de uma “orientação” feita pela enfermeira ou outro profissional de saúde para a família e mais uma intervenção que nos possibilita uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar.

Ou seja, a VD é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como estas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa funcionalidade familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade.

Ao permitir que essas questões sejam levantadas, ela possibilita à enfermeira compreender as dificuldades financeiras e sociais que as famílias têm para a qualificação de sua prole, identificar as famílias com maiores riscos sociais de adoecer e morrer e menores potencialidades para o seu enfrentamento, além de organizar o acesso aos serviços de saúde de tal unidade para a priorização do atendimento a essas famílias. Com isso, a enfermeira que atua no PSF estará atuando também na construção do princípio da equidade proposto pelo SUS.

A VD, para ser um instrumento eficiente na operacionalização da lógica da Determinação Social do processo saúde-doença, pode utilizar como instrumento a entrevista (diretiva ou não-diretiva) e a observação sistematizada. A relação profissional de saúde/família deve estar pautada no princípio de participação da família na definição de horizontes terapêuticos, na responsabilidade compartilhada e na construção conjunta da intervenção sobre o processo saúde-doença da família. Acresce-se o fato de que a enfermeira deve lidar com as diferenças culturais, educacionais, valores, ritos, mitos, etc. e sua interferência na saúde-doença.

Um ponto importante diz respeito à necessidade do reconhecimento do saber específico do enfermeiro e dos seus limites e possibilidades. Assim, deve-se levar em consideração que a cultura do enfermeiro e da família é diferente, bem como a sua inserção

social, portanto, devem ser buscadas estratégias para a compreensão e a aproximação do significado da família acerca da sua qualidade de vida e de saúde.

Atuar em VD, respeitando esses princípios, nos aponta no horizonte a possibilidade de podermos superar o paradigma de saúde/doença biologicista e centrado no indivíduo que sempre predominou no modelo de saúde brasileiro.

Os Conselhos Locais de Saúde e a Gestão Colegiada como espaços de reconstrução da lógica do Processo Saúde-doença na esfera Coletiva

No âmbito do coletivo, a atuação sob a ótica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença pode se dar a partir da aproximação dos trabalhadores da saúde com os demais setores sociais que também integram a área de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde, ou seja: buscar relacionar-se com as escolas, creches, centros de convivência, grupos organizados, associações e administrações regionais. Para se conseguir atingir alguns problemas de saúde do território de atuação, é indispensável um esforço de toda a sociedade, utilizando-se da plena capacidade dos equipamentos sociais disponíveis.

A socialização das informações que as equipes de saúde possuem deve ser compartilhada com os demais setores sociais e estes têm de ser envolvidos nas discussões e no planejamento das ações das equipes. Deve-se também ter claro que essa participação não se constitui em uma participação “instrumental”, na qual os diferentes setores sociais são chamados apenas para implementar as propostas do serviço. Então, a equipe de saúde deve saber “ouvir” e “considerar” o que os outros setores sociais concebem como problemas e necessidades de saúde a serem trabalhadas. Portanto, a constituição dos Conselhos Locais de Saúde é um espaço importante para esse encontro entre profissional/comunidade, que deve ser ainda uma oportunidade para que os trabalhadores de saúde discutam com a comunidade a lógica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, estes possam ser multiplicadores dessa lógica na comunidade e para que se insiram mais conscientemente na busca de soluções mais efetivas para nossos problemas de saúde.

Estes espaços, além de se constituírem em espaços de deliberação e planejamento, devem ainda se constituir em espaços pedagógicos, onde a população

e os trabalhadores da saúde se formem como sujeitos sociais da saúde. A gestão colegiada dos serviços amplia em muito a possibilidade de construção de sujeitos “no” e “pelo” trabalho, no sentido de que, ao se propiciar a discussão dos projetos profissionais, podem ser explicitadas as lógicas individuais que os regem e pode se apontar para a formação de “contratos” que viabilizem a prática do projeto coletivo. Desse modo, entende-se que é muito importante que as equipes se reúnam entre si e com a direção das unidades para discutirem as informações levantadas, as problemáticas das famílias, as propostas de intervenção e que seja identificada a lógica de entendimento do processo saúde-doença que perpassa suas práticas, a fim de buscar consenso e mudanças em direção ao que seja coletivo em detrimento do que seja individual.

Após a leitura desse texto, os enfermeiros devem estar instrumentalizados para:

- Atuar no processo saúde-doença de indivíduos, famílias e junto ao coletivo;
- Reconhecer as ações que devem ser incorporadas à consulta de enfermagem e à visita domiciliaria, para que estas possibilitem a identificação da determinação social do processo saúde-doença nos indivíduos e famílias.
- Reconhecer a participação junto a Conselhos de Saúde como forma de conhecer e de intervir no processo saúde-doença do coletivo.

BIBLIOGRAFIA

BREILH, J. El género entrefuegos: inequidad y esperanza. Quito, Ediciones CEAS. (Série Mujer nº 4), 1996.

FONSECA, R. M. G. S. da; BERTOLOZZI, M. R. A epidemiología social como instrumento de intervenção em saúde coletiva e em enfermagem em saúde coletiva. Texto resumido do curso Epidemiología Social, ministrado durante o I Encontro Internacional de Enfermagem: Educação e Saúde, Santa Maria, 21p., outubro de 1997.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global. pp. 133-58, 1983.

OLIVEIRA, M.A.de C. A adolescência, o adolescer e o adolescente: re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença. Doutorado (Tese) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.

O Perfil Epidemiológico na Prática do Enfermeiro no Programa Saúde da Família

Lislaine Aparecida Fracolli¹

Maria Rita Bertolozzi¹

O que são perfis epidemiológicos

Historicamente, o conhecimento epidemiológico tem sido aplicado no controle de saúde das populações. Segundo FONSECA; BERTOLOZZI (1997), a palavra epidemiologia significa etimologicamente "...ciência do que ocorre (se abate) sobre o povo." O desenvolvimento de ações voltadas ao controle de saúde do coletivo e não somente do corpo individual acompanhou a redefinição progressiva da medicina como prática social.

Um marco nessa redefinição das práticas da medicina e da epidemiologia, foi a Revolução Industrial, pois, até então, a medicina era a prática dominante em saúde, voltada primordialmente ao atendimento do corpo individual. O Estado capitalista, instaurado para responder às exigências do capital, passou a preocupar-se em vigiar as condições de saúde das populações, pois estava interessado no controle e na reprodução da força de trabalho, absolutamente necessários para garantir o processo de acumulação capitalista.

É importante considerar que a epidemiologia e as correntes de pensamento emergentes nessa época influenciaram a enfermagem. Segundo FONSECA; BERTOLOZZI (1997), Florence Nightingale teve uma importante contribuição para o redirecionamento da enfermagem, com base no conhecimento epidemiológico da época, e isso pode ser evidenciado quando Florence concebe a doença como "...um esforço da natureza para restaurar a saúde, e a ação da enfermagem como sendo a de favorecer esse processo reparativo, mediante o uso do ar puro, da luz e do calor, da limpeza, do repouso e da dieta, com um mínimo dispêndio das energias vitais do paciente, de modo a mantê-lo nas melhores condições para que a natureza pudesse nele agir." (FONSECA; BERTOLOZZI apud CASTRO, 1997). Essas autoras consideram ainda que Florence "...construiu a enfermagem visando a manutenção de condições ótimas para a recuperação da saúde...", enfatizando a atenção individual, embora desde o início de seu trabalho, na Guerra da Criméia, tenha baseado suas

ações na observação do coletivo, ao estudar as condições em que viviam os soldados feridos que, segundo a mesma, "...matavam muito mais que os próprios ferimentos de combate." A visão de Florence sobre o processo saúde-doença, conforme FONSECA; BERTOLOZZI (1997) constitua-se como um misto de várias concepções e seu livro foi reconhecido por líderes da ciência médico-sanitária como um trabalho muito importante, pois, em sua essência, revela a visão da autora sobre as necessidades de limpeza do ar, da água, das pessoas, das roupas e dos ambientes, além da iluminação, do silêncio e da ordenação do dormitório do doente.

Tanto a Medicina Social quanto a Saúde Pública valeram-se do conhecimento epidemiológico para realizar as ações de controle da saúde do coletivo, uma vez que, desde o seu nascimento, a Epidemiologia, como disciplina básica para a operacionalização dos projetos de intervenção, se propôs a estudar a distribuição e os determinantes das doenças e dos agravos que desigualmente atingem a sociedade.

Os movimentos sociais de 1968, que contestavam o processo de exploração capitalista e buscavam uma forma de organização das sociedades que promovesse a justiça social, reavivaram os projetos políticos e ideológico em que se fundamenta a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, à luz da qual, o processo saúde-doença da coletividade é entendido como sendo: "...o modo específico pelo qual ocorre nos grupos o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com consequências para o desenvolvimento regular das atividades diárias, isto é, o surgimento da doença." (LAURELL, 1983).

Surgem, então, os primeiros estudos que impulsionaram a constituição do novo conhecimento epidemiológico e que conformaram a Epidemiologia Social. Apoiado no valioso instrumental da Epidemiologia Clássica, o campo da Epidemiologia

Crítica, que se associou à constituição do campo da Saúde Coletiva, fundamentou-se na compreensão de saúde e doença, que coloca no centro da explicação dos determinantes da saúde: o trabalho - a produção capitalista - e, a ele subordinado, a vida - o consumo sob o comando do processo de acumulação capitalista.

Contrária à explicação meramente biológica do processo saúde-doença, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença declara que os processos construtores e destrutivos da saúde (processos de fortalecimento e de desgaste), portanto, os determinantes da saúde e da doença são parte dos processos de integração do homem no trabalho (formas de trabalhar) e na vida (formas de viver).

Cabe destacar que entre o trabalho e a vida, uma rede hierarquizada de determinação estrutura o fortalecimento e o desgaste do corpo biológico (BREILH, 1995). De acordo com a Teoria anteriormente mencionada, o conhecimento epidemiológico é aplicado para a explicação dos problemas de saúde-doença em sua dimensão social. A observação da realidade de diferentes sociedades, em diversos momentos da história, mostra que a forma como os diferentes grupos ou classes sociais trabalham vai influenciar o desgaste ou o fortalecimento dos membros das famílias destes mesmos grupos ou classes. As diferentes formas de integração no trabalho, correspondem distintas maneiras de viver, de consumir.

No trabalho e na vida, processos construtores e destrutivos explicam o fortalecimento e o desgaste como um produto das redes de determinações, construídos nas diversas formas de produção da vida social nas diferentes classes ou grupos sociais, que se materializam, nos seres humanos, através de diferentes gradientes de saúde-doença.

Sob este aspecto na Epidemiologia Crítica, BREILH; GRANDA (1989) chamaram a atenção para que tomássemos como objeto da intervenção em saúde coletiva, não somente a doença, mas também os **perfis epidemiológicos** das classes sociais (dos grupos sociais homogêneos, pois se assemelham nas formas de trabalhar e de viver).

Os **perfis epidemiológicos** são o resultado da conjunção entre os perfis de reprodução social (determinantes do processo saúde-doença) e os perfis de fortalecimento e desgaste (resultados do processo saúde-doença) dos grupos sociais, os quais devem ser monitorados como atividade nuclear no controle

de saúde do coletivo.

Assim, sob essa orientação, o método epidemiológico alimentará as ações de monitoramento e vigilância voltadas para os determinantes (perfis de reprodução social - formas de trabalhar e de viver) e os resultados (perfis saúde-doença - manifestações de fortalecimento e desgaste). A utilização desses dados de forma isolada nos permite avaliar os fatores que a multicausalidade atribui como causa do adoecimento e morte, como ocupação, renda, escolaridade, faixa etária, sexo, tipo de moradia, grau de salubridade da moradia e lazer, entre outros. Mas, o método epidemiológico não deve ser utilizado apenas para descrever os perfis de morbidade e mortalidade, pois os indicadores de saúde nele utilizados, medem o resultado dessas causas mas, tradicionalmente, medem somente o desgaste, a "não-saúde", ou seja, os aspectos negativos; assim: o adoecimento - as doenças (morbidade), a morte (mortalidade), a incapacidade física e mental (seqüelas). Temos ainda poucos indicadores para avaliar o fortalecimento (curvas de crescimento, índices de longevidade) e estes são insuficientes quantitativa e qualitativamente para dimensionar com maior exatidão a realidade de vida e saúde.

A medida de qualquer um desses perfis isoladamente não consegue expressar a rede hierarquizada que explica o processo saúde-doença no entendimento da Epidemiologia Crítica, e sobre a qual devem incidir também as intervenções em saúde coletiva.

Essa rede hierarquizada de determinantes ou os determinantes do processo saúde-doença vão sendo construídos nas formas de reprodução social, ou seja, de trabalho e de vida das famílias e dos grupos sociais de uma dada sociedade (em um país, Estado, município, distrito municipal, bairro). Nas suas formas de trabalhar e de viver (consumir) estão presentes os processos de fortalecimento (condições favoráveis - processos construtores) e de desgaste (condições perigosas - processos destrutivos). Assim, as diferentes formas de reprodução social presente num território tornam heterogêneo o objeto da saúde.

Os grupos ou classes sociais são diferentes, inserem-se no trabalho e na vida desigualmente e também adoecem e morrem de forma não-igual. É necessário apontar que os tradicionais indicadores de adoecimento e morte (os coeficientes de mortalidade ou morbidade, por exemplo) mesmo

medindo somente o aspecto negativo, são valiosos para descrever os resultados do processo saúde-doença e úteis para expressar as médias de eventos ocorridos.

Não é difícil imaginar-se que os diferentes grupos ou classes sociais apresentam indicadores de saúde, dos resultados, diferentes entre si. Dizer que o coeficiente (médio) de mortalidade infantil num município é de 50/1000 é diferente do que dizer que entre os excluídos sociais, mais genericamente, ele é de 90/1000 e entre os incluídos sociais, mais genericamente, ele é de 10/1000. Por isso é que a Epidemiologia Crítica tem insistido na necessidade de descrever os resultados do processo saúde-doença, tomando-se como referência a classe ou o grupo social. Em outras palavras, estaremos revelando como adoecem e morrem as diferentes classes ou grupos sociais e não somente os dados médios que encobrem a realidade.

Uma possibilidade de intervenção nos perfis epidemiológicos

No sentido de facilitar a exposição da proposta de abordagem dos perfis epidemiológicos, proceder-se-á a uma divisão didática que possibilita intervir em saúde a partir de alguns planos que incorporam o ser humano na sociedade:

Plano 1: Individual

É aquele que evidencia mais claramente a expressão da saúde e da doença no corpo biopsíquico. Os processos individuais são resultantes da forma como as pessoas estão localizadas nos processos de produção (no trabalho) e reprodução social (como vivem). As condições e possibilidades individuais fundem-se num todo social, mas nunca se anulam.

Plano 2: Grupos sociais

Coloca em evidência a forma como se concretizam o trabalho e o consumo das diferentes classes e estratos sociais. Esta abordagem incorpora também a distribuição da produção social (no sentido da proporção em que os indivíduos podem ou não participar dos produtos sociais) e as relações que os indivíduos/famílias e grupos estabelecem com o território onde vivem, além das relações políticas e ideológicas que incorporam também a dimensão da consciência individual.

Plano 3: Sociedade

Este plano refere-se ao arcabouço, à estrutura da sociedade, no que se relaciona às suas estruturas política, econômica, jurídica e cultural.

Assim, esquematicamente o perfil epidemiológico envolve:

- O sistema de produção, distribuição e consumo;
- O sujeito no seu espaço territorial;
- *A consciência do sujeito, as representações dos grupos sociais: as necessidades.*

De fato, os perfis epidemiológicos constituem-se em perfis de saúde-doença, segundo as condições de trabalho e de reposição (ou de consumo).

Na prática em saúde, o que parece ser mais palpável, concreto, visível e que compõe os perfis epidemiológicos são:

- o genótipo;
- o fenótipo;
- os processos fisiológicos (como a capacidade imunológica, por exemplo);
- os processos fisiopatológicos (a deterioração da vida, por exemplo);
- *as crenças, os valores.*

Mas igualmente importante para integralizar os perfis epidemiológicos está aquilo que não se revela diretamente, ou seja, o que está por detrás, na essência, que são:

- As condições, os recursos favoráveis/destrutivos de ambientes protegidos/deteriorados;
- A consciência objetiva da classe social/a alienação;
- A solidarização/a privatização da vida;
- Os produtos positivos/negativos gerados no trabalho e no consumo;
- *As representações, a ideologia e as estruturas social, econômica e política.*

Um exemplo para a abordagem do perfil Epidemiológico na atuação na perspectiva do PSF pode ser representado pelo que segue:

Perfil da Saúde-Doença	Saúde	Enfermidade/Morte/Morbidade
Plano Individual	<ul style="list-style-type: none"> processos fisiológicos/genéticos/ psíquicos favoráveis 	<ul style="list-style-type: none"> processos fisiológicos/genéticos/ psíquicos de desgaste
Plano Grupal / Famílias	<ul style="list-style-type: none"> cotidiano favorável e humanizante práticas saudáveis potencial de integração/associativismo potencial de aprendizagem potencial de identidade assimetria de poder cultura emancipatória 	<ul style="list-style-type: none"> cotidiano desgastante: isolamento, conflito, necessidades de sobrevivência potencial de alienação potencial de dominação simetria de poder cultura alienante
Plano Estrutural / Geral	<ul style="list-style-type: none"> Políticas econômicas e sociais que visam a: redistribuição, a eqüidade, a solidariedade 	<ul style="list-style-type: none"> Políticas econômicas e sociais que levam a: dominação, iniquidade, privatização

Assim, o trabalho junto ao PSF deve levar em conta, em primeiro lugar, o conhecimento do território onde se vai atuar, o que significa ir além dos muros da Unidade Básica de Saúde. É fundamental percorrer o território que constitui a área de abrangência da unidade de saúde para identificar quem vive, como vive e do que adoece e morre. Além disso, é preciso mapear os recursos que podem ser utilizados pela população, em termos de equipamentos de educação, lazer, trabalho, cultura, saneamento básico, dentre outros.

A identificação desse cenário permite, num primeiro momento, um olhar mais genérico, quase que uma fotografia, ainda bastante rudimentar, porque não separa as pessoas por grupos sociais. É fundamental, então, partir para a segunda etapa, que significa classificar as inúmeras “qualidades” verificadas nessa fotografia e agrupá-las segundo temas relativos ao **trabalho**, por exemplo, tipos de trabalho desenvolvido pela população, a que setores da economia pertencem, qual é a relação que existe em termos de hierarquia no trabalho (é de mando ou é de subordinação?), vinculação formal ou informal, renda, proporção despendida entre os membros da família, exposição a riscos no trabalho, etc.

Este novo cenário que qualifica a inserção no sistema de produção dessas pessoas, agora organizadas em grupos, vai possibilitar um outro olhar mais verticalizado, mais profundo, sobre esses grupos, agora para constituí-los em termos de possibilidades de **consumo**, por exemplo, à alimentação (tipo, freqüência, quem prepara, onde o alimento é adquirido), à moradia (tipo, propriedade, localização, número de pessoas que compartilham o mesmo dormitório, disponibilidade de água encanada e potável, saneamento básico, coleta de lixo, acabamento do domicílio, disponibilidade de

banheiro privativo da família, etc.), à educação (anos de estudo dos membros familiares, acesso à leitura de livros, revistas, biblioteca, etc.), ao acesso à informação, por meio de TV, rádio, jornais, revistas, etc; além de aspectos relativos à capacidade de agregar-se, em termos de possibilidade de participação em associações, entidades, etc; prazer, em termos de fontes e acesso. Aqui é importante também ressaltar o acesso à saúde, no que se refere a transporte, horário, vínculo com o trabalhador de saúde, disponibilidade de exames subsidiários, internação, medicamentos, etc.

A partir daí está constituído um novo cenário, em termos de trabalho e consumo, que vai proporcionar o entendimento da **forma como adoecem e morrem as pessoas/os grupos sociais daquele território**. Assim, a doença e a patologia serão um resultado do desgaste ou do fortalecimento advindo do trabalho e da forma como se vive. Devem ser valorizados aqui aspectos como: funcionamento dos sistemas (cardiovascular, respiratório, gastrintestinal, locomotor, dos sentidos, geniturinário, cutâneo-mucoso) além das respostas aos estímulos, à capacidade imunitária, dentre outros, e da forma como essas pessoas/grupos sociais entendem a saúde-doença.

Conforme foi visto no início desta abordagem, o importante é que os trabalhadores de saúde não tomem os índices de saúde que apenas quantificam as pessoas, sem qualificar o modo como vivem e adoecem. Veja-se que as médias desses indicadores, que a Estatística cada vez tem mostrado com maior excelência, principalmente em virtude do desenvolvimento da tecnologia de informática, podem ser consideradas como “armadilhas” ao tomar as pessoas como iguais. Dessa forma, a intervenção em saúde mostra-se prejudicada, uma vez que as ações,

Temas de Caráter Introdutório

de igual maneira, se evidenciarão como padronizadas, sem tomar em conta as diferenças em termos de problemas e necessidades de saúde das pessoas e dos grupos sociais.

Exemplos de instrumentos para a abordagem dos perfis epidemiológicos podem ser encontrados em:

SALUM, M.J.L.; FINI, A.; KOGANEZAWA, E. Trabalho, vida e saúde: peculiaridades do sistema local de saúde do Centro de Saúde-Escola do Butantã. São Paulo, Escola de Enfermagem da USP, 1998. Fone para contato: (00xx11)3066 7654.

CHIESA, A.M. A eqüidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância. Tese (Doutorado). Faculdade de Saúde Pública da USP, 1999.

Este texto tem por finalidade possibilitar que ao final de sua leitura os trabalhadores de enfermagem estejam capacitados para:

- Compreender o conceito de perfis epidemiológicos;
- Construir os perfis epidemiológicos da microárea sob sua responsabilidade
- Propor alternativas de intervenção aderentes à problemática dos perfis epidemiológicos, no âmbito do Programa Saúde da Família (PSF).

BIBLIOGRAFIA

BREILH, J. Epidemiología: economía, política e saúde . São Paulo: UNESP/HUCITEC,1991.

BREILH, J. Nuevos conceptos e técnicas de investigación: guia pedagógico para un taller de metodología. (Epidemiología del Trabajo). 2^aed., Quito, CEAS,1995.

EGRY, E. Y. Saúde coletiva: construindo um novo método em enfermagem. São Paulo, Ícone Ed., 1996.

FONSECA, R. M. S.; BERTOLOZZI, M. R. A Epidemiologia Social e a assistência à saúde da população. In: Classificação das práticas de enfermagem em Saúde Coletiva e o uso da Epidemiologia Social. BRASÍLIA: Série Didática: enfermagem no SUS, 1997.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org). Medicina Social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global, 1983.

Fundamentos da Assistência à Família em Saúde

Margareth Angelo¹

Regina Szylit Bouso²

Introdução

A família como unidade de cuidado é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho do Programa de Saúde da Família (P.S.F.). Esta perspectiva tem as seguintes características:

- Requer que se defina família.
- A assistência está voltada à experiência da família ao longo do tempo, ou seja, considera a sua história pregressa, atual e se preocupa com o futuro do grupo familiar.
- É dirigida à família, cujos membros encontram-se tanto sadios como doentes.
- O sistema familiar é influenciado por qualquer mudança de seus membros.
- Reconhece que a pessoa mais sintomática (doente) da família pode mudar com o tempo.
- Considera os relacionamentos entre os membros da família e reconhece que em algumas situações, todos os indivíduos e o grupo familiar não atingirão o máximo de saúde simultaneamente.
- Busca focalizar as forças dos membros da família e do grupo familiar para promover o apoio mútuo e o crescimento, quando possível.
- Considera os contextos cultural e da comunidade do grupo familiar, na facilitação das relações entre a família e a comunidade.
- Implica no profissional interagir com a família.

O que é família?

É uma palavra que desperta diferentes imagens. Dependendo da área (Sociologia, Biologia, Direito, por exemplo) e das variáveis selecionadas (ambiental, cultural, social ou religiosa, entre outras) podem-se focalizar aspectos específicos da família, o que resulta em uma gama muito ampla de definições possíveis.

No entanto, para fins operacionais de processo de trabalho e de comunicação é fundamental que uma definição seja adotada e partilhada pelos membros da equipe. Assim, pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem

ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização.

O aspecto relevante destes atributos é que eles permitem que sejam incluídas na definição as várias formas de constituição familiar prevalentes na sociedade.

Ainda em relação ao aspecto operacional, a definição deve também considerar as crenças da família sobre sua concepção de família. Assim, é fundamental perguntar, quem a família considera ser “família”, ainda que o P.S.F. só cadastre os componentes de famílias que residirem na área de abrangência.

O que é saúde da família?

É imprescindível a compreensão de saúde da família como entidade distinta da saúde dos indivíduos ou da soma da saúde dos indivíduos que compõem a família.

Saúde da família tem sido descrita como um estado ou processo da pessoa como um todo em interação com o ambiente, sendo que a família representa um fator significativo no ambiente. A análise da saúde da família deve incluir simultaneamente saúde e doença além de indivíduo e coletivo. Algumas definições de saúde da família incluem a saúde individual dos membros da família e o bom funcionamento da família na sociedade, que envolve muito mais do que saúde física. É por isso que saúde da família também se refere ao funcionamento da família.

Assim, a definição deve compreender dois focos: o da **saúde da família**, relativo ao estado de saúde dos indivíduos que a compõem, e o do **funcionamento da família**, como sendo uma descrição avaliativa das funções e estruturas da

família, compondo, portanto, um quadro onde o foco da avaliação e da assistência está tanto na saúde de cada indivíduo como na saúde da família como um todo.

Família como unidade de saúde

É essencial a compreensão de família como a mais constante unidade de saúde para seus membros. Seu funcionamento reflete a maneira como as necessidades de seus membros são atendidas, pautada em conhecimento e familiaridade com rotinas de cuidado e na capacidade para detectar sinais de doença com base em evidências muitas vezes despercebidas aos outros. Devido às suas características próprias de proximidade e convivência, a família tem melhores condições para acompanhar os processos de saúde e de doença de seus membros.

Diante de tais considerações, a família não pode ser vista apenas como aquela que cumpre as ações determinadas por profissionais de saúde. Ao reconhecer o papel da família em responder pela saúde de seus membros, o profissional deve considerar as dúvidas, opiniões e a atuação da família na proposição de suas ações.

Assim, a assistência à família como unidade de cuidado à saúde implica em conhecer como cada família cuida e identifica suas forças, suas dificuldades e seus esforços para partilhar responsabilidades. Com base nas informações obtidas, o profissional deve utilizar seu conhecimento sobre cada uma delas, para, juntamente com ela, pensar e implementar a melhor assistência possível.

Fatores que influenciam o funcionamento e a saúde da família

• Cultura

Todas as famílias são portadoras da cultura da sociedade em que vivem e da cultura com a qual se identificam. Estilos de vida, valores, ideais, crenças e práticas estão impregnados em suas definições e são transmitidos de geração para geração, afetando o comportamento e, consequentemente, o estado de saúde da família.

O efeito da cultura sobre a saúde da família pode ser compreendido pelas seguintes dimensões:

- *Crenças e práticas de saúde:* Cada família possui um sistema de crenças e de práticas sobre saúde e

doença, que inclui desde o que um sintoma significa, quando e onde levar a pessoa doente, até o que é melhora ou cura. O sistema de crenças é transformado em práticas de cuidado à saúde, que, por sua vez, afetam o estado de saúde da família. Eles dão sentido às ações da família e reforçam a coesão familiar. Assim, conflitos entre as crenças e práticas sobre saúde dos membros da família podem afetar negativamente a saúde da família e ser motivados por diferenças entre as gerações da família e pela imposição de intervenções em saúde desvinculadas do conhecimento do sistema de crenças da família.

- *Valores familiares:* Os valores guiam o desenvolvimento de normas e regras e servem como guia geral dos comportamentos. Eles envolvem a dimensão de tempo, o relacionamento entre as pessoas e a orientação em atividades da vida. Alguns são mais centrais e influentes do que outros, determinando as prioridades da família para tomada de decisões e no enfrentamento dos estresses e crises da vida. O relacionamento da família com a comunidade também afeta a saúde e o funcionamento familiar, uma vez que há grande relação entre os da família e os valores da comunidade.

- *Papéis familiares e padrões de comunicação:* É considerável o impacto da cultura sobre os papéis e os padrões de comunicação da família. Assim, os papéis de homem, mulher e criança na família são afetados e transformados pela cultura e modificados em função de novas realidades e desafios familiares. A concordância entre os papéis familiares, a distribuição de poder na família e os padrões de comunicação ajuda a prover sentido, estrutura e continuidade à vida familiar.

- *Enfrentamento familiar:* A cultura também influencia a maneira como a família se adapta e enfrenta as demandas e alterações internas e externas. As estratégias que a família utiliza para lidar com as demandas influenciam a sua saúde e funcionamento. O enfrentamento pode ser definido como respostas positivas de natureza afetiva, cognitiva e comportamental que a família utiliza para resolver ou reduzir o estresse produzido por um evento ou problema. São exemplos de estratégias de enfrentamento: a união familiar, a flexibilidade nos papéis, a capacidade de partilhar pensamentos e sentimentos, a busca de informações, a manutenção de vínculos com membros da comunidade, a busca e utilização de suportes social e espiritual. A dificuldade ou incapacidade em desempenhar ações

de enfrentamento pode criar dificuldades pessoais e interpessoais que prejudicam o manejo das situações de crise ou doença vividas pela família.

• Classe Social

Uma sociedade estratificada por classe é também marcada pela desigualdade e por diferenças entre as pessoas localizadas nos níveis superiores e inferiores. Recursos financeiros e condições de vida são indicadores importantes de classe social. Os recursos disponíveis, como os naturais, materiais, sociais, políticos e econômicos, determinam as condições de vida. Além disso, a maneira como as pessoas e a família têm acesso e utilizam tais recursos determina as suas condições. Assim, em virtude dos inúmeros agentes estressores, a pobreza gera dificuldades de orientação para o futuro e preocupações sobre estilo de vida saudável.

Hoje, a pobreza na família atinge altas proporções em nossa sociedade hoje. Pode-se dizer que existem dois grupos de famílias pobres: as que vivem em pobreza temporária e que podem vir a escapar dela obtendo trabalhos temporários ou formando unidades familiares expandidas para aumentar os ganhos e diminuir os efeitos prejudiciais da pobreza e aquelas que vivem em pobreza persistente, que são primariamente mulheres e crianças, que têm muito mais dificuldade de escapar da pobreza.

A interação entre cultura e classe social pode influenciar de maneira significativa as práticas de cuidado à saúde e, consequentemente, o estado de saúde da família. Assim, são imperativas a sensibilidade do profissional às condições sociais e a competência cultural de cada família, refletida em seu funcionamento e saúde familiar.

• Família, Saúde e Doença

A saúde física e emocional dos membros da família ocupa um papel importante no seu funcionamento. Como os membros da família são interconectados e dependentes uns dos outros, ao ocorrer qualquer mudança na saúde de um dos seus membros, todos demais são afetados e a unidade familiar como um todo será alterada. Da mesma forma, o funcionamento da família influencia a saúde e o bem-estar de seus membros. Pode-se dizer que ela afeta a saúde do indivíduo e que a saúde do indivíduo afeta a família.

Embora a doença em um de seus membros possa ser vista como algo que acontece no interior da família, esta também é afetada pela forma como essa doença é tratada pelo sistema de saúde, pelos recursos disponíveis para financiar os serviços de cuidado à saúde e pelas políticas e princípios éticos explicitados nas práticas assistenciais. Com isso, deve-se apreender que não somente os seus membros são interdependentes, mas também que esta interdependência se aplica à família e à comunidade.

• O enfermeiro e a Família

O papel do enfermeiro implica em relacionar todos os fatores acima apresentados e não apenas em lidar com as situações de saúde e doença da família, mas também de interagir com situações que apóiem a integridade familiar. Conforme trabalha com indivíduos e família, reconhece e comprehende como a saúde de cada membro da família influencia a unidade familiar e também a influência da unidade familiar sobre a saúde de cada indivíduo na família, incorporando este conhecimento ao plano de cuidado.

Assistir família é pensar família na estruturação do plano assistencial; é por exemplo, ser capaz de perguntar-se: Como a doença da mãe afeta o cuidado da criança? Como o pai responde à doença da mãe e ao cuidado da criança? Como o funcionamento da família é afetado pela doença da mãe? Como a família enfrenta esta situação? Como utiliza os recursos da comunidade?

A atuação do enfermeiro também é de natureza legal, ética e política, defendendo famílias que podem estar numa condição de extrema vulnerabilidade para falarem por si mesmas, de modo a interferir em políticas e ações de assistência que beneficiem a família e a sociedade como um todo.

Ao terminar a leitura desse texto, a enfermeira deve ser capaz de compreender que assistir família em saúde implica em conhecer:

- o funcionamento da família;
- os fatores que influenciam as experiências da família na saúde e na doença;
- o que é assistir família em saúde.

BIBLIOGRAFIA

ANGELO, M. Abrir-se para a família: superando desafios. *Fam.Saúde Desenv.*, v.1,n.1/2, pp.7-14, 1999.

ELSEN, I. Desafios da enfermagem no cuidado de famílias. In: BUB, L.I.R. (Coord). *Marcos para a prática de enfermagem com famílias*. Florianópolis, Editora da UFSC, 1994, pp.61-77.

HANSON,S.M.H.; BOYD, S.T. *Family health care nursing: theory, practice and research*. Philadelphia, F.A.Davis Co., 1996.

GILLIS,C.L. Why family health care? In: GILLIS,C.L. *Toward a science of family nursing*. Addison-Wesley, Menlo Park, California, cap.1, 1989.

WRIGHT,L.M.; LEAHEY,M. *Nurses and families: a guide to family assessment and intervention*. 3rd. Ed. Philadelphia, F.A.Davis Co., 2000.

A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família

Regina Szylit Bouso¹

Margareth Angelo²

Em nossa realidade, o atendimento a uma família sempre se dá em função do surgimento de uma doença em um dos seus membros. Raramente olhamos a família como um grupo de pessoas que necessita de uma intervenção, seja por dificuldades de relacionamentos surgidos, por exemplo, em função da doença, ou, simplesmente, por estarem sofrendo com o surgimento da doença em um de seus integrantes.

Na saúde da família, deve-se olhá-la de maneira a compreender o problema particular da doença numa abordagem que contemple o seu contexto. É preciso perguntar:

- *Como a família está vivendo a chegada da doença?*
- *Quais foram as mudanças na família desde que o indivíduo ficou doente?*
- *Quem está sofrendo mais com a doença?*

Assim, para trabalhar na perspectiva de família, é preciso acreditar que a doença é uma experiência que envolve toda a família. Este pressuposto permite que os enfermeiros pensem e envolvam todos os seus membros na sua assistência.

O processo de cuidar da família pode ser entendido como uma metodologia de ação baseada em um referencial teórico, isto é, o enfermeiro tem de ser competente em acessar e intervir com as famílias num relacionamento cooperativo - profissional/família - tendo como base uma fundamentação teórica. Para tanto, deve aliar os conhecimentos científico e tecnológico às habilidades de observação, comunicação e intuição.

Objetivos da intervenção

O cuidado na saúde da família, tem como objetivo a promoção da saúde através da mudança. A proposta é ajudar a família a criar novas formas de interação para lidar com a doença, dando novos significados para a experiência de doença. Deve-se conhecer, por exemplo, o que a família pensa sobre o que causou a

doença e as possibilidades de cura, a fim de ajudar a família a modificar crenças que dificultam a implementação de estratégias para lidar com o cuidado da pessoa que está doente.

Estratégias

As estratégias devem ser no sentido não só de conhecer o impacto da doença sobre a família, mas também de investigar como as interações entre os seus membros influenciam no desenvolvimento do processo de saúde e doença.

1. Utilizar um modelo de avaliação e intervenção

É importante que na prática clínica com famílias, os enfermeiros adotem uma estrutura conceitual para basear sua avaliação de família. Considerando a dinâmica de trabalho do Programa de Saúde da Família, no qual o enfermeiro deve atender a mil famílias, o uso de alguma estrutura conceitual facilita a síntese dos dados da família, elucidando as dificuldades e as facilidades da família em relação à experiência com a doença. O uso de estruturas conceituais facilita na organização dos dados, direcionando o foco de intervenção.

O modelo de avaliação aqui sugerido é composto de fundamentações teóricas de várias disciplinas e que resultou em uma estrutura multidimensional, com três grandes categorias relacionadas à família: estrutural, de desenvolvimento e funcional (CFAM, 1984).

Os aspectos mais importantes da avaliação estrutural que podem ser explorados referem-se a:

Avaliação Estrutural da Família – O que perguntar

Quem faz parte da família?

Como se dá o relacionamento entre os membros da família? Quem se relaciona melhor com quem dentro da família?

Como é o relacionamento da família com o meio

(igreja, escola, centros comunitários)?

A avaliação estrutural da família é importante, pois, a partir dela, estamos também explorando a definição que a família tem de “família” e os princípios que fundamentam sua organização, buscando informações a respeito do que é esperado de cada um de seus membros como: qual o papel do homem, da mulher e da criança para cada família e o que esperam de cada um.

Avaliação de desenvolvimento refere-se ao processo de mudança estrutural e transformação progressiva da história familiar durante as fases do ciclo de vida familiar. Na medida em que os anos vão passando, a constituição familiar vai se modificando, isto é: as que não têm filhos ou que os adquirem, as que perderam algum membro por doença, divórcio etc. Identificando a fase do ciclo de vida familiar, podem ser formuladas hipóteses sobre as experiências e dificuldades vividas anteriores e, assim, junto com a família, propor ou descartar estratégias para superar os problemas a partir das suas vivências anteriores.

Avaliação do desenvolvimento da família – O que perguntar

Qual foi a reação do seu marido quando você engravidou?

Quem ficou com as crianças quando você foi dar à luz?

Como foi a decisão de trazer sua mãe para morar aqui?

A avaliação funcional da família refere-se aos detalhes de como os indivíduos normalmente se comportam em relação um ao outro. Dois aspectos podem ser explorados. O primeiro diz respeito às atividades da vida diária, como: comer, dormir e dar remédios. Busca-se explorar quem realiza estas tarefas no cotidiano e quem poderia realizá-las com a chegada da doença na família. O outro aspecto da avaliação funcional é relativo a aspectos verbais, não-verbais e comunicação circular dos membros, além das “características emocionais” (formas de resolver problemas, recursos). Procura-se explorar como se dão as conversas dentro da família.

Avaliação Funcional da família – O que perguntar

Vocês conversam sobre a doença? Qual o melhor conselho que receberam desde que souberam do diagnóstico?

Como a tristeza é manifestada?

Quem consegue dar o medicamento com mais facilidade?

Quando algo é dito claramente, como o outro reage?

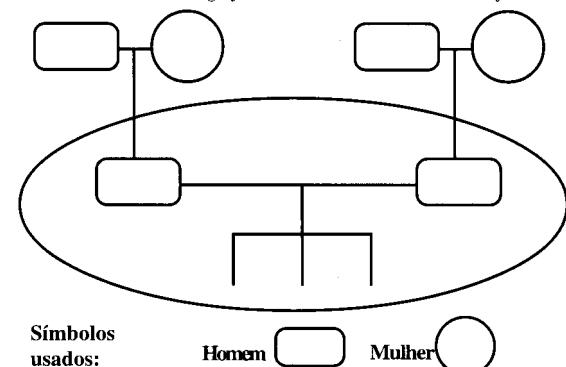
Utilizar instrumentos que auxiliam na avaliação da família: Genograma e Ecomapa

O genograma e o ecomapa são instrumentos que auxiliam a avaliação estrutural da família. Ambos são simples de serem utilizados. Eles permitem uma rápida visão da complexidade das relações familiares e funcionam como uma rica fonte de informação, de forma sucinta, para planejamento de estratégias.

O genograma é um desenho ou diagrama da árvore familiar que agrupa informações sobre os membros da família e seus relacionamentos nas 3 últimas gerações. O ecomapa, por sua vez, é uma representação das relações da família com o suprasistema (pessoas significativas, instituições do contexto da família). Ele nos permite uma “fotografia” entre as principais relações entre a família e o mundo.

O genograma e o ecomapa podem ser representados concomitantemente da seguinte forma:

Nome, idade e dados significantes sobre cada membro da família



Deve-se ressaltar que não se está propondo o uso de um simples roteiro para levantar dados aleatórios sobre a família. Como referido anteriormente, o uso adequado destes instrumentos está aliado aos conhecimentos científico e tecnológico, às habilidades de observação, comunicação e intuição, o que invalida sua utilização ou mesmo o simples preenchimento pelo agente comunitário de saúde. Trata-se de instrumentos que devem ser utilizados somente pelo enfermeiro quando este, se utilizando das estratégias de priorização de atividades, julgar ser necessário um olhar mais detalhado dos relacionamentos da família.

Como usar os instrumentos

Devem ser preenchidos na entrevista inicial mas podem ser modificados ou completados nas seguintes. Isto significa que nem todos os dados precisam ser preenchidos para todas as famílias. Considerando o número grande de famílias designado para cada enfermeiro do P.S.F., cabe a ele decidir quais aspectos são relevantes e, portanto, devem ser melhor explorados em cada família e quais podem ser relevados.

Os membros da família participam ativamente na elaboração. Inicia-se o preenchimento do genograma pela pessoa que está dando as informações. As anotações são feitas seguindo a ordem, qual seja, do

mais velho para o mais novo, da esquerda para a direita em cada uma das gerações.

No genograma, são usados diferentes símbolos para eventos importantes, como: nascimento, morte, casamento e separação. Vários tipos diferentes de linhas são utilizados para representar a natureza das relações da família com o mundo externo, no ecomapa. Pode-se fazer uso de flechas para indicar o fluxo da relação, seja ela da família para o exterior ou vice-versa.

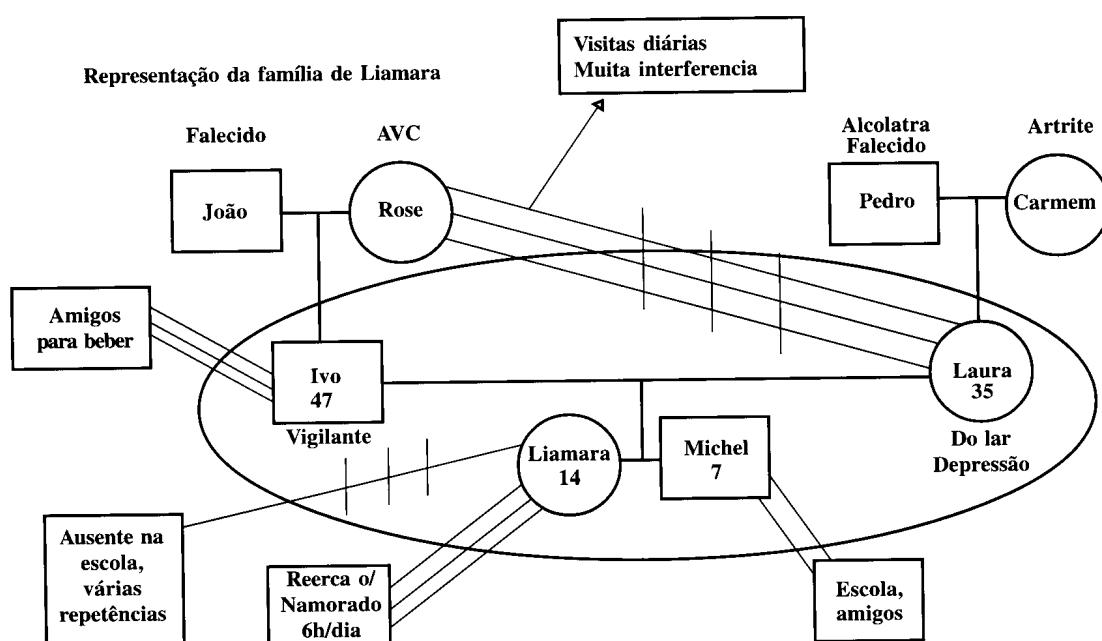
O uso destes instrumentos deve ser estimulado, pois eles nos permitem não só a avaliação da família, mas também uma “quebra de gelo” entre esta e a enfermeira, propiciando um clima favorável para a entrevista.

Exemplo de caso

Família de Liamara

Ivo, 47 anos, casado com Laura, 35 anos, desde 1990. Eles têm dois filhos: Liamara de 14, na 5a série, e Michel, 7 anos que vai bem na escola. Ivo trabalha de vigia e Laura o chama de “alcoólatra”. Ela é dona de casa e sofre de depressão há vários anos. A mãe de Ivo, D. Rose, teve AVC e tem hemiparesia esquerda. Faz visitas constantes e segundo Laura, quer mandar na casa. O pai de Ivo, sr. João, é falecido.

A mãe de Laura, dona Carmem, apresenta artrite e este quadro tem piorado desde a morte de seu marido. Esta família foi escolhida pela enfermeira porque é classificada como uma família que não adere ao serviço.



Intervenção de enfermagem

Refere-se a qualquer ação ou resposta do profissional que inclui ações terapêuticas e respostas afetivas e cognitivas que ocorrem no contexto do relacionamento entre o profissional, o indivíduo, a família e a comunidade.

A intervenção tem como meta promover, incrementar ou sustentar o funcionamento da família quanto aos seus aspectos cognitivos (crenças e valores), afetivos e de comportamento. Enfatiza-se que a família tem ou pode desenvolver habilidades para solucionar seus problemas e que o papel das enfermeiras é facilitá-los ou ajudá-los a encontrar suas próprias soluções. Não se está dizendo que se sabe o que é melhor para a família, mas sim defendendo a idéia de que existem diferentes formas de ver e interagir com o mundo e que tanto nós, profissionais, como a família devemos estar abertos para conhecer tais diferenças. É importante ressaltar que o profissional só poderá oferecer a intervenção - a família aceita ou não.

Neste aspecto, as principais estratégias de intervenção ocorrem durante a entrevista, sendo a própria entrevista a mais importante delas. Entretanto, para estarmos envolvidos no cuidado da família, convém termos algumas habilidades e competências que nos permitam desenvolver um contexto de conversas terapêuticas.

É possível destacar quatro fases importantes para que este contexto se desenvolva:

Engajamento – Durante todas as entrevistas, o relacionamento deve ser colaborativo e de consentimentos, o que significa que se deve trabalhar junto com a família e deixá-la confortável para que consiga trabalhar conosco também. Para tanto, é preciso:

- criar um contexto de confiança mútua, esclarecendo as expectativas em relação ao nosso papel;

- valorizar a presença de todos os membros presentes, dirigindo-se a todos durante a entrevista o que poderá facilitar o engajamento;

- começar pelos aspectos estruturais da família fazendo uso do genograma e do ecomapa. Ser sensível às questões culturais e raciais.

Avaliação – É uma fase de exploração, identificação e delineamento de “forças e dificuldades” da família. Pode ser considerada como uma fase de narrativa da família em relação à sua

experiência de doença.

Buscar resposta para as seguintes perguntas:

Qual é a maior dificuldade para a família em relação à doença?

Quem na família é o mais afetado pela doença e como manifesta?

Quem mais ajuda a família nesta dificuldade?

Que tipo de informações ajudaria a família?

Intervenção – É a fase que geralmente se desenvolve o trabalho com a família e inclui promover o contexto que poderá desencadear as mudanças familiares. A intervenção poderá ocorrer de várias formas, o que exige da enfermeira um plano de estratégias de como intervir.

Conclusão – Diz respeito à fase de encerramento ou finalização do relacionamento, permitindo que a família continue modificando suas crenças e interações entre os membros quando necessário. Deve incluir estratégias de encorajamento da família à utilizar suas habilidades de resolver problemas.

Algumas estratégias podem facilitar a eficácia da entrevista e, consequentemente, da intervenção. Uma delas seria valorizar as forças presentes na família, como o esforço de um determinado membro para conseguir continuar o tratamento.

Normalizar reações emocionais e legitimar emoções intensas, reconhecendo o medo da família de lidar, por exemplo, com a doença crônica também é uma forma de intervir com a família. Esta estratégia é propiciada quando encorajamos narrativas de doenças.

As estratégias de intervenção com a família funcionam como um guia para a enfermeira trabalhar com famílias. Entretanto, ajudá-las a descobrir novas soluções que as auxiliem a reduzir ou a aliviar os sofrimentos físico, emocional ou espiritual dependerá, principalmente, de um engajamento da enfermeira e da família para compartilharem este relacionamento terapêutico.

Ao terminar a leitura desse texto, a enfermeira deve ser capaz de reconhecer que o processo de cuidar da família é uma metodologia que tem:

- a *avaliação* como seu elemento fundamental
- e o *relacionamento cooperativo* entre o enfermeiro e a família como sua característica principal.

BIBLIOGRAFIA

ANGELO,M. Abrir-se para a família: superando desafios.
Fam.Saúde Desenv., v.1,n.1/2, pp.7-14, 1999.

WRIGHT,L.M.; LEAHEY,M. Nurses and families: a guide
to family assessment and intervention. 3rd. Ed. Philadelphia,
F.A.Davis Co., 2000.

Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência

Maria Helena Trench Ciampone¹

Marina Peduzzi¹

Considerações iniciais

O PSF concebido como um projeto de reorganização da atenção básica à saúde, que busca a articulação de modelos tecno-assistenciais que abarcam a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social, necessita repensar os modelos de gerenciamento dos serviços, bem como as ferramentas de gestão, dentre essas, o planejamento. Acredita-se que, para atingir o grau de mudanças necessárias em uma dada realidade local, conforme proposto na concepção do PSF, com base na adscrição de clientela, no reconhecimento das necessidades da população local e na co-responsabilização da atenção aos indivíduos, às famílias, aos grupos sociais e ao ambiente, há de se desenvolver a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, setoriais ou extra-setoriais. Para tanto, sabe-se que a participação dos diferentes atores envolvidos no processo é fundamental, particularmente a participação da população, o que vai ao encontro das premissas básicas do planejamento estratégico.

Na perspectiva da Saúde da Família, cabe à enfermagem, como desafio básico, redefinir sua prática assistencial, gerencial e de ensino, com base, principalmente, na epidemiologia crítica e no modelo de atenção integral à saúde. Nesse sentido, o planejamento estratégico passa a ser um instrumento precioso para a construção dessa prática inovadora, na dupla face do trabalho da enfermagem, ou seja, tanto na dimensão do cuidado de enfermagem quanto do gerenciamento do cuidado.

Afirma-se a importância da participação de todos os atores sociais envolvidos nos problemas mapeados na realidade em nível local, requerida na visão do planejamento estratégico, bem como a conscientização de todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, de que o planejamento consiste em uma ferramenta de gestão fundamentalmente ético-política e comunicativa, não se restringindo à dimensão técnica. Estes são alguns dos pontos fundamentais que devem alavancar

mudanças na capacitação profissional para a implementação de um modelo assistencial e gerencial aderente à proposta do Programa de Saúde da Família.

O planejamento estratégico, condizente com a teoria da determinação social do processo saúde-doença, que é contemplada na atual política de saúde, exige que a consciência ingênua seja suplantada pela consciência crítica da realidade, o que se daria, não também pela possibilidade de participação ampla que o planejamento estratégico requer.

Por meio do processo participativo a população “empodera-se” para tomar decisões e estabelecer prioridades, buscando parcerias na resolução de seus problemas, na perspectiva de que os avanços no setor saúde ocorram articuladamente às possibilidades de transformação geral da sociedade, rumo a um projeto de emancipação de todos os cidadãos.

BREILH (1991) refere que o território onde se realiza a vida e são gerados os transtornos de saúde, não é apenas um espaço estático que opera como um imenso suporte para a vida social. Isto quer dizer que a geografia não é, frente à saúde, um simples continente de climas, contaminações, vetores e equipamentos, mas sim um espaço historicamente estruturado no qual se expressam as condições benéficas e destrutivas da organização social.

Segundo SANTOS (1990), o espaço, enquanto suporte biológico dos grupos humanos e das suas atividades, é reconhecido pela geografia crítica como resultado da produção, sendo historicamente determinado de acordo com a sucessão de modos de produção, onde o trabalho é a categoria central que explica as relações do homem com a natureza.

Portanto, a proposta de criação de Programas de Atenção à Saúde aplicados indistintamente em todo território nacional, sem levar em consideração as especificidades de demanda nos diferentes espaços e territórios geográficos - e, principalmente, sem considerar os diferentes potenciais de benefícios e riscos de cada grupo homogêneo - constituiu o escopo

de diferentes propostas e planos de saúde idealizados. Esses planos ideais são concebidos em um cenário onde as múltiplas variáveis do processo saúde-doença são tomadas como equivalentes, desconsiderando a complexa dinâmica existente entre os fatores envolvidos, que, como dissemos, não são equivalentes, mas sim conflitantes e contraditórios.

O modelo do planejamento normativo, proposto nos anos 60, supunha que o planejador conhecesse e controlasse todas as leis que regulam o funcionamento do objeto a ser planejado. Assim, seria possível elaborar um único plano, predizendo a solução ótima para os problemas mapeados, como se esses tivessem um comportamento uniforme na população. Os resultados do plano dependeriam, nessa lógica, apenas do conhecimento técnico daqueles que iriam operacionalizar as ações, eliminando-se do planejamento a esfera do político. Esse modelo de planejamento corresponde ao que MATUS chamou de “modelo determinístico”.

Planejamento Normativo: O processo de construção conceitual do Método CENDES/OPS

No documento denominado “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud” encontra-se um desdobramento da Conferência de Punta del Leste, ocorrida em 1961. Naquela reunião, os ministros de Estado dos países do continente americano reconheceram formalmente a importância do planejamento como ferramenta, tanto da promoção do crescimento econômico, quanto da promoção do bem-estar social (MATTOS, 1993).

Na famosa Carta de Punta del Leste foi estabelecido um amplo programa de auxílio financeiro internacional conhecido por Aliança para o Progresso. Para ter acesso a tais auxílios, os países latino-americanos teriam de elaborar programas nacionais de desenvolvimento que contemplassem tanto projetos ligados ao desenvolvimento econômico, quanto propostas nas áreas de reforma agrária, habitação, educação e saúde.

Reconhecendo a necessidade de elaboração dos planos nacionais de saúde, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), recomendou ao Centro de Estudos del Desarrollo (CENDES) a elaboração do referido documento “Problemas Conceptuales y Metodológicos de la Programación de la Salud”. Era preciso dimensionar necessidades e recursos a serem

destinados à saúde, demonstrando compatibilidade com os demais investimentos necessários ao crescimento econômico.

Era tomado como pressuposto que a melhoria das condições de saúde constituía um requisito crucial e prévio ao crescimento econômico, compondo parte essencial dos propósitos de desenvolvimento dos países da América Latina. No entanto, a proposta adotada no documento deixa em aberto a definição do volume total de recursos necessários ao setor saúde, não garantindo a compatibilidade entre o plano nacional de saúde e o programa nacional de desenvolvimento.

Este documento tinha por finalidade propor a adoção integral da programação no setor saúde e não apenas desenvolver um método de formulação de projetos para temáticas e/ou áreas específicas. Como consequência, a proposta não consegue contribuir para a formulação de projetos que levassem à consecução das metas sugeridas na Carta de Punta del Este.

A aplicação de recursos era vinculada à idéia de investimentos em um campo programático específico e toda a programação estava centrada na tomada de decisões que visava maximizar a eficiência das atividades planejadas, ou seja, uma máxima produção com menor custo.

Assim, foi preciso definir o que se entendia por atividades de saúde, delimitando o campo do planejamento para a programação em saúde. Tais atividades foram definidas no documento como: “...as ações que realiza o governo, orientadas diretamente a manter e melhorar a saúde da população.”

Isso exigia a formação de técnicos especializados em planejamento. Criava-se a figura do planejador, um técnico que utilizava um conjunto de conhecimentos sistemáticos e que se preocupava fundamentalmente com a eficiência da utilização dos recursos, cabendo a ele a função central na tomada de decisões relativas à definição de prioridades (escolha de objetivos, técnicas, etc.), fornecendo uma base racional e objetiva para as decisões.

Tratava-se, portanto, de uma proposta tecnocrática, investida de um grande poder, que restringia espaços de negociação política, desconsiderando completamente os conflitos e as contradições entre os atores sociais nela envolvidos.

O critério racional de eficiência no Planejamento Normativo

Para chegar à decisão de alocação racional de recursos, cabe proceder a uma comparação entre a eficiência dos diversos usos alternativos de um recurso. A noção de eficiência exprime uma relação quantitativa entre os resultados desejados e os meios aplicados. Nesse aspecto, os gastos em saúde são investimentos que devem produzir um retorno economicamente mensurável, de modo a maximizar o impacto sobre a saúde da população.

Como exemplo desse raciocínio, poderíamos inferir que as atividades de saúde têm por objetivo único a redução de mortes. Seguindo essa lógica, caberia definir a variada importância atribuída à morte nos diferentes grupos etários, considerando mais graves as mortes na infância. Uma outra noção daí derivada é o indicador de expectativa de vida, no qual o critério de eficiência seria o custo da elevação da expectativa de vida.

Uma outra possibilidade seria atribuir às atividades de saúde dois objetivos: a redução das mortes e das doenças, trabalhando com indicadores que refletem tanto a mortalidade como a morbidade. Seguindo esse caminho, chega-se aos índices de Capacidade Potencial Produtiva (CPP), medida em pessoa/ano. Nessa ótica, a eficiência consistiria em aumentar a CPP por pessoa/ano.

Em ambos os exemplos citados, fica evidente a adoção de um pressuposto valorativo sobre a vida nos diferentes grupos sociais, de acordo com: classe social, sexo, faixa etária, etnia e outros, a partir de normas avaliativas genéricas que possuem transcendência social em relação à saúde. Isto significa que não são consideradas as determinações sociais que incidem nos diferentes grupos populacionais, as quais acarretam distintas formas de vida, cada qual com diferentes potenciais de benefícios e riscos de adoecer e morrer, em decorrência da peculiar inserção de cada grupo nos processos produtivos.

A construção do processo programático

Com base nesses pressupostos, o processo programático pautado no método CENDES/OPS, proposto na década de 60, é composto por uma sucessão de etapas predefinidas, cada qual com tarefas precisas e limites cronológicos que abarcariam, de

um modo geral, quatro funções (CIAMPONE, 1991):

- A descrição da situação (diagnóstico) e a explicação desta situação (segundo os princípios da teoria da multicausalidade);
- A construção de possíveis ações (que genericamente atacariam as causas) e a análise quantitativa das perspectivas de resolutividade da situação descrita;
- A elaboração da programação propriamente dita (conjunto de ações técnicas);
- a implementação e a avaliação

Há, portanto, uma racionalidade instrumental no sentido de garantir a melhor relação entre os meios e os fins, sem questionamento dos mesmos, com forte centralização do poder e forte controle da participação social por parte daqueles que são responsáveis pelo planejamento.

É importante conhecer o planejamento normativo, em todos os seus supostos e paradigmas, suas etapas e consequências, para se poder avançar na direção de uma análise crítica a respeito. Isto torna-se necessário pelo fato de ser este, ainda, um referencial hegemônico de planejamento que norteia as concepções presentes na formação da grande maioria dos profissionais de saúde, determinando, em última instância, o modelo assistencial e gerencial a ser adotado nos serviços.

Considerando os documentos elaborados pelo grupo CENDES/OPAS (“Problemas Conceituais y Metodológicos de la Programación de la Salud” e “Formulaciones de Políticas de Salud”), verifica-se que estes caracterizam os dois grandes momentos do pensamento sobre o planejamento em saúde na América Latina. O primeiro teria inaugurado a visão normativa do planejamento de saúde, enfatizando aspectos microeconômicos, e o segundo, a visão estratégica, deslocando a ênfase para os aspectos políticos do planejamento.

Na visão do planejamento normativo, as tensões sociais são ignoradas e, sobretudo, abafadas, no sentido de exercer forte controle sobre a ameaça representada pela participação e de conter e reprimir qualquer possibilidade da conscientização que, supostamente, ameaçaria a ordem social vigente.

Resumindo, as características do planejamento normativo são:

- Sujeito e objeto independentes. O sujeito que planeja é único e se situa fora e acima da realidade (ideal);
- Conhecimento da realidade através do

diagnóstico científico, onde a verdade é única e objetiva;

- Prega a neutralidade científica;
- É a-histórico;
- Identifica-se com o desenho do deve ser;
- Trabalha com sistemas fechados ou visualiza a mínima interligação entre entrada e saída, ponto de partida e ponto de chegada;
- Nega e negligencia a questão do poder;

O Planejamento Estratégico Situacional (PES)

O planejamento estratégico no campo público surge exatamente da rejeição à idéia de uma só racionalidade (a econômica) na solução das questões políticas/sociais e também do reconhecimento da pluralidade de atores sociais em conflito numa realidade em movimento contínuo, tendo como fundador do método, Carlos Matus.

Esse método foi desenvolvido como reação ao insucesso do planejamento tradicional ou normativo no governo Aliende, no Chile, a partir da experiência do autor como ministro. No exílio, MATUS elabora as primeiras reflexões a respeito do planejamento estratégico-situacional (PES), elaborando um livro denominado *Adeus Senhor Presidente*. Posteriormente, desenvolve e incrementa o método deixando claro aos leitores sua sólida formação materialista histórica dialética.

Em sua obra, o autor parte do princípio de que o planejamento é a ferramenta que o homem tem para viabilizar a possibilidade de **governabilidade** do próprio futuro, dizendo respeito ao controle e empoderamento do ator para a situação que pretende governar. Define o planejamento como "...o cálculo que precede e preside a ação em qualquer espaço do jogo social e que, portanto, tem a intenção de aumentar a capacidade de governo do ator, isto é, aumentar a pericia pessoal que envolve capital intelectual e capital de experiência de articulação política." O plano é, nesse raciocínio, uma aposta política com fundamento técnico.

Basicamente, as diferenças entre o PES e o planejamento normativo podem ser sintetizadas em quatro perguntas:

- Como explicar a realidade;
- Como conceber o plano;
- Como tornar viável o plano necessário;
- Como agir a cada dia de forma planejada.

Basicamente, o planejamento estratégico é um método voltado para a resolução de problemas, entendendo-se problema como: "algo detectado que incomoda um dado ator social e o motiva a buscar soluções adequadas", ou seja, aquilo que o ator detecta na realidade e confronta com um dado padrão e que é considerado não-adequado ou não-tolerável e, assim, motiva o ator a enfrentá-lo.

O PES é um método que trabalha no processamento de problemas atuais, potenciais (ameaças e oportunidades) e macroproblemas.

A seleção de problemas específicos é feita segundo as causas - ou nós críticos - do macroproblema. Assim, processar um problema implica em:

- explicar como nasce e se desenvolve o problema, através da sua descrição, usando indicadores da realidade;
- fazer planos para atacar as causas do problema, o que implica necessariamente ações intersetoriais;
- analisar a viabilidade política do plano ou verificar o modo de construir sua viabilidade;
- atacar o problema na prática, o que implica ter uma visão dos problemas locais o mais próxima possível da situação concreta, isto é, sem generalizá-los nem na descrição, tampouco nas propostas de solução.

Isso posto, MATUS sintetiza os quatro momentos do PES como:

- **Momento explicativo**, em que a realidade é explicada mediante a seleção de problemas relevantes, buscando a compreensão mais ampla do porquê esses problemas ocorrem e identificando os nós críticos;

- **Momento normativo**, inclui a identificação dos atores que fazem parte do problema, a identificação dos recursos que esses atores dispõem (recursos políticos, financeiros, capacidade organizativa e conhecimento) para controlar as ações e o peso de cada ator, a projeção de cenários onde são mapeadas as melhores possibilidades de implementação dos planos, as possibilidades intermediárias e as piores possibilidades e a projeção de cada uma das ações pensadas nos três cenários e a sua viabilidade;

- **Momento estratégico**, busca responder quais as operações/ações do plano são viáveis ou inviáveis, quais possíveis reações cada ator envolvido no problema terá e como construir a viabilidade para as ações inviáveis;

- **Momento tático- operacional**, é o momento de implementação das ações propostas. É necessário

fazer a mediação do plano na realidade, isto é, adequá-lo diante das situações que se apresentam no cotidiano.

A grande função do método pode ser descrita como um permanente exercício de reflexão sobre os problemas que incidem em uma dada realidade, visando prever situações e alternativas, antecipando possibilidades de decisão e preparando estratégias para ganhar governabilidade sobre a mesma.

Portanto, sintetizando as principais características do planejamento estratégico, que o diferencia do modelo normativo tem-se:

- O sujeito que planeja faz parte da realidade juntamente com outros atores;
- Admite-se que não há uma realidade única estática, avançando para o superação da visão da multicausalidade para uma teoria explicativa pautada na determinação social do processo saúde doença;
- Admite-se que não há neutralidade e que o planejamento tem uma dimensão política, além da dimensão técnica;
- É histórico e identifica-se com o “pode ser”;
- Trabalha com a visão dialética situacional-estratégica;
- Reconhece e trabalha com o conflito e relações de poder.

SÍNTESE: Perspectivas do Planejamento Estratégico como instrumento de Gestão dos Serviços para viabilização da Assistência no PSF

De acordo com a discussão introduzida neste texto, que certamente requer outras aproximações para aprofundamento, o planejamento estratégico deve ser discutido pelos enfermeiros junto às equipes nas quais estão inseridos, como uma das ferramentas a serem amplamente utilizadas no gerenciamento dos serviços de saúde voltados ao Programa de Saúde da Família. Esta recomendação leva em consideração os princípios de inclusão e controle social que fundamentam ambas as propostas – PES e PSF.

Vale assinalar que na contracorrente desses princípios, estamos vivendo um ritmo muito acelerado de mudanças numa escala global/mundial que impacta a vida das pessoas em muitos sentidos. Por um lado, esse processo gera acumulação de conhecimento, tecnologia de ponta e avanços na qualidade de vida acessível a uma parcela restrita da população mundial. Por outro, conforme afirma MINAYO, este mesmo cenário gera efeitos perversos

no campo social que acarretam desemprego, exclusão e o sentimento de impotência diante da situação.

Certamente, as práticas de trabalho e o conjunto das relações que mantemos em sociedade, nas organizações, na família, nos mais variados grupos, também sofrem o impacto dessas mudanças globais que tendem a ampliar a fragmentação, a individualização, a competição, o que não estimula o pensamento estratégico.

O desafio que se coloca para a aplicação do planejamento estratégico como instrumento de gestão no PSF, no contexto da política de saúde, consiste em criar possibilidades de ampliar o olhar na direção das principais questões determinadas pelo processo de globalização, tanto no plano macroestrutural, quanto no espaço do cotidiano dos serviços de saúde e da vida da comunidade no território.

Acredita-se que essa ampliação do olhar permitirá encontrar brechas para a proposição de ações de promoção da saúde e de enfrentamento ativo das barreiras para o atendimento às necessidades de saúde da população, sem perder de vista que todos os agentes envolvidos nesse processo - usuários e profissionais - conservam limites e potencialidades, sendo que, com isso, apostamos na viabilidade de um projeto social pautado na justiça, equidade e cidadania.

Percebe-se os grandes desafios que a situação atual apresenta, para os quais tem-se muitas perguntas e poucas respostas prontas. Porém, nos cabe enfrentá-los, no sentido de resgatar o cuidado de enfermagem e o gerenciamento do cuidado, na perspectiva da promoção da saúde e da prevenção das doenças e não somente no enfoque da assistência clínica e individual. O trabalho de enfermagem, assim concebido e articulado a um projeto ético-político maior, integra-se no Programa de Saúde da Família, que vem se mostrando uma estratégia, de fato, pautada nos princípios norteadores da saúde com equidade, eficácia, eficiência e efetividade.

Ao terminar a leitura deste texto, o enfermeiro deve ser capaz de:

- identificar o contexto em que a metodologia do planejamento é incorporada, ao campo da saúde, na América Latina, nos anos 60;
- distinguir as duas modalidades de planejamento em saúde: o normativo e o estratégico;
- identificar e analisar as características do planejamento normativo;

- identificar e analisar as características do planejamento estratégico;
- explicar os quatro momentos do planejamento estratégico (explicativo, normativo, estratégico e tático-operacional) no interior da proposta do PSF.

BIBLIOGRAFIA

BREILH, J. Epidemiologia: economia, política e saúde. São Paulo: UNESP/HUCITEC. 1991.

CIAMPONE, M.H.T. Metodologia do planejamento aplicada à enfermagem. In: KURCGANT, P.(org.). Administração em enfermagem. São Paulo, cap. 4, 1991.

FONSECA, R.M.G.S. da; BERTOLOZZI, M.R. A classificação das práticas em saúde coletiva e uso da epidemiologia social. Brasília: Associação Brasileira de Enfermagem, 1997.

HUERTAS, F. Entrevista com Matus: o método PES. São Paulo, Fundap, 1996.

MACHADO, M.H; BELISARIO, S.A O político e o técnico: as encruzilhadas do planejamento. In: GIOVANELA, L.

Planejamento estratégico e programação em saúde: textos de apoio ao ensino em saúde coletiva. Rio de Janeiro, Ensp, Pp.7-13., 1992.

MATTOS R. A de O processo de construção conceitual do método CENDES/OPS. Rio de Janeiro, UERJ/MS, 40p., 1993.

MATUS, C. Política, planejamento e governo. Brasília, IPEA, 1996.

MINAYO, C. Os efeitos da globalização no mundo do trabalho e as políticas públicas. In: ANAIS 2º Seminário Nacional de Diretrizes para a Educação em enfermagem no Brasil. ABEn-SC, Santa Catarina, pp.35-44.

SALUM, M.J.L.; BERTOLOZZI,M.R.; OLIVEIRA, M.A de C. Hacia la construcción y el desarrollo de un colectivo en enfermería. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Desafíos de la enfermería en las Américas. Washington, D.C.: OPAS. 1995, no prelo.

SANTOS, M. Por uma geografia nova – da crítica da geografia à geografia crítica. São Paulo: HUCITEC, 1990.

URIIBE F. C. R. Os determinantes históricos do planejamento de saúde na América Latina. IMS-UERJ. Tese de Mestrado, 1982.

O Sistema de Informação de Atenção Básica - SIAB como um Instrumento de Trabalho da Equipe no Programa Saúde da Família: A Especificidade do Enfermeiro

Lúcia Yasuko Izumi Nichiata¹

Lislaine Aparecida Fracolli²

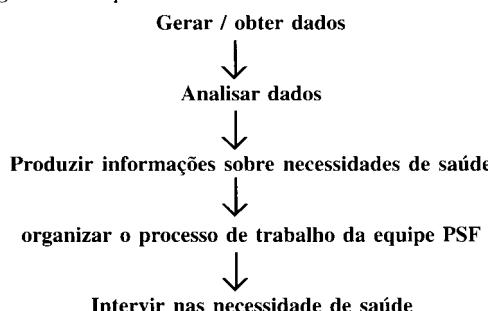
A evolução histórica dos sistemas de informação em saúde

A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS), como uma estratégia de construção de um novo modelo assistencial, que tenha por princípios a descentralização, municipalização, integralidade e qualidade das ações, tem como parte indissociável à descentralização da produção das informações em saúde.

A produção das informações em saúde de forma ágil, atualizada, completa e fidedigna, vem se conformando num importante instrumento de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que possibilita à população o acompanhamento e a avaliação das atividades dos serviços de saúde. Isso também é válido para a análise das prioridades políticas a partir dos perfis epidemiológicos de determinada localidade e, principalmente, para a fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área social, conformando-se numa estratégia para a operacionalização do SUS.

O ponto de partida para a construção da informação em saúde é o conhecimento sobre o coletivo de famílias que residem numa dada localidade e a identificação das necessidades de saúde das mesmas.

A construção de informações em saúde segue as seguintes etapas:



Para dar conta da etapa de gerar informações é preciso dispor de:

- dados demográficos, tais como: tamanho das famílias (número de filhos, parentes), tipos de família (casal com ou sem filhos e com ou sem parentes, pessoa sozinha, caracterização do chefe de família), características de seus membros (sexo, idade, ocupação, grau de escolaridade), condições habitacionais das famílias (disponibilidade de alimento, habitação, abastecimento de água e rede de esgoto), inserção das pessoas no mercado de trabalho, renda e patrimônio familiar entre outros dados.

- dados relativos aos agravos de saúde que incidem sobre os indivíduos/famílias, principalmente os perfis de morbidade e mortalidade da região.

- dados sobre a organização dos serviços de saúde e os recursos sociais da região onde o PSF se inscreve, particularmente no que diz respeito ao acesso, à cobertura e à efetividade dos mesmos.

As principais fontes disponíveis para obtenção desses dados são:

- Os censos demográficos (realizados a cada 10 anos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística): <http://www.ibge.gov.br>.

- Os Sistemas de Informação Nacionais: Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o

Sistema Nacional de Imunizações(SI-PNI):

<http://www.datasus.gov.br>.

- Os relatórios de estudos realizados por instituições de pesquisa e ensino, das secretarias de governo (bem-estar social, agricultura, trabalho, etc.), de organizações não-governamentais e religiosas, de conselhos profissionais (COREN, COFEN, CRM, etc.), do IBGE (Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios - PNAD) e da própria equipe de Saúde da Família : <http://www.seade.gov.br>.

Passa-se a discutir agora a forma como o SIAB se conforma num instrumento de informação das equipes do PSF, importante sobre os pontos de vista de planejamento e avaliação do trabalho das mesmas e também de controle social sobre o SUS.

SIAB: Algumas considerações a respeito de suas definições e conceitos

O SIAB é um sistema especial para gerenciamento das informações de saúde obtidas nas visitas às comunidades e produz relatórios que auxiliam as equipes de saúde da família, as Unidades Básicas de Saúde (as quais as equipes de família estão ligadas) e os gestores municipais a acompanhar o trabalho que realizam e a avaliar a qualidade do mesmo.

Os relatórios produzidos através do SIAB permitem:

- Conhecer a realidade socio-sanitária da população acompanhada;
- Avaliar a adequação dos serviços de saúde oferecidos e readequá-los sempre que necessário;
- Melhorar a qualidade dos serviços de saúde.

O SIAB tem como lógica central de seu funcionamento a referência a uma determinada base populacional. O Ministério da Saúde (MS) em 1998, através da Coordenadoria de Saúde da Comunidade, editou um manual que descreve os conceitos e procedimentos básicos que compõem o SIAB, bem como as orientações gerais para seu preenchimento e operacionalização.

O SIAB baseia-se nos conceitos de modelo de atenção, família, domicílio, área, microárea e território. Segundo orientações do MS, o SIAB deve ser informatizado. Caso o município não disponha do programa, este deve procurar o DATASUS ou a coordenação Estadual do PSF para que estes instalem (gratuitamente) o programa³.

Instrumentos de coleta e consolidação de dados do SIAB: O desafio para as equipes de saúde da família

O SIAB é um instrumento que agrupa dados e possibilita informações sobre a população atendida⁴. Esses dados são recolhidos através das fichas de cadastramento e acompanhamento, devendo ser objeto de análise e discussão das equipes e dos gestores do PSF.

Os instrumentos de coleta e consolidação dos dados propostos pelo SIAB, são descritos no manual editado pelo MS, referido anteriormente, e por isso, não serão apresentados na íntegra no presente texto.

Aqui serão apresentadas algumas características desses instrumentos, as quais se tornam necessárias para a compreensão das discussões que se quer estabelecer sobre as relações entre saúde e modos de vida e trabalho.

Os instrumentos de coleta de dados organizados pelo SIAB são:

- A ficha de cadastramento das famílias;
- As fichas de acompanhamento de gestantes, hipertensos, diabéticos, pacientes com tuberculose e hanseníase;
- A ficha de acompanhamento de crianças;
- O registro quantitativo das atividades, procedimentos e notificações realizadas pelas equipes.

O preenchimento das fichas é tarefa do agente comunitário, a partir de suas visitas domiciliares. Elas devem ser atualizadas sempre que necessário, ou seja, quando da ocorrência de eventos, como: nascimento ou morte de algum membro da família, inclusão de parente ou agregado ao grupo familiar, etc. As fichas são instrumentos de trabalho do PSF, pois possibilitam o planejamento do trabalho a partir da priorização de famílias que necessitem de acompanhamento mais frequente.

O agente comunitário de saúde tem um papel fundamental no processo de produção das informações, pois é ele o interlocutor entre as famílias e as equipes. Assim, registrar corretamente os seus dados com a maior fidedignidade possível é uma grande contribuição do agente no processo de “diagnóstico de necessidades” de saúde de uma população.

Mais do que isso, uma vez que o agente é um morador da comunidade onde trabalha, suas informações realizam-se em determinados contextos;

em outras palavras, a produção da informação se processa em contextos de relações contínuas, em um processo dinâmico de recontextualização da realidade das famílias. Fica, então relativizada a existência de uma objetividade absoluta na captação dos dados; há, no entanto, uma subjetividade, uma história subjacente à informação, quantitativa ou qualitativa, com a qual a equipe trabalha. Tal fato é muito importante no trabalho do PSF, pois a subjetividade do agente possibilita que se coleteem dados/informações que, muitas vezes, os instrumentos tradicionais não permitem. Ou seja, a estrutura do PSF concede à equipe identificar quais são as famílias a serem atendidas, quais os principais problemas que acometem a população, quais os determinantes sociais que geram tais problemas e como a população percebe e enfrenta os problemas referidos.

O dado, após coletado, deve ser selecionado, processado, analisado e transformado em informação pela equipe de PSF. Este se conforma como um produto das relações entre os vários atores envolvidos (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, agentes comunitários, famílias, etc.), entendidos e contextualizados historicamente; enfim, são um produto social.

Entendido dessa maneira, há de se garantir que a produção da informação seja democratizada, no sentido de que não seja produto unicamente dos produtores/gestores das informações. Essa “construção” da informação deve ser um processo coletivo; na medida do possível, os gestores/equipes de saúde devem garantir a participação das entidades da sociedade civil (Organizações Não-Governamentais, entidades religiosas, organizações comunitárias de bairro, sindicatos, organizações empresariais, meios de comunicação, etc.) nas análises e discussões dos dados para que estes se apropriem das informações existentes e agreguem permanentemente novas informações. Devem-se ampliar as possibilidades de interação entre a população e o Poder Público, especialmente do setor saúde, estabelecendo-se compromissos e estabelecimento de responsabilidades compartilhadas.

Os relatórios anuais gerados pela consolidação dos dados do SIAB permitem visualizar as famílias cadastradas, a situação de saúde e o acompanhamento das famílias, bem como as atividades e procedimentos produzidos pela equipe de saúde da família. Essas informações são instrumentos que

possibilitam evidenciar a natureza das ações de saúde oferecidas e devem ser concebidas como ferramentas de transformação da realidade de saúde de uma dada região e não apenas como um “diagnóstico”, no sentido de conhecimento da vida dessas famílias.

Cabe às equipes de família facilitar a interlocução desses vários setores sociais presentes na região, pois atuando conjuntamente, poder-se-ão estabelecer pautas comuns de ação, onde cada setor ou segmento assume sua parte de responsabilidade e tarefas, com vistas a desenvolver um amplo trabalho de valorização da vida familiar e de reflexão sobre os problemas de saúde que interferem na vida das pessoas.

A) Ficha de cadastro das famílias: possibilidades e limites

A ficha de cadastro das famílias permite à equipe de saúde conhecer as condições de vida das pessoas na sua área de abrangência e melhor planejar suas intervenções. A ficha contém dados sobre o número de pessoas que compõe a família, a idade, o sexo, os perfis de alfabetização, a ocupação e as doenças ou condições referidas das mesmas. Com relação à essa última variável (doença ou condição referida), o SIAB propõe um rol fixo de morbidades que podem ser expandidas, conforme se julgue necessário, para a identificação das doenças mais prevalentes no território ou área. A ficha de cadastro de família permite identificar ainda a quantidade de crianças em idade escolar que se encontram fora da escola.

A análise das informações produzidas pelos consolidados dessas fichas, por áreas, pode ser objeto de discussão das equipes de saúde da família, bimestralmente, o que permitiria à equipe de saúde identificar a morbidade na constituição de suas famílias, o perfil de migração e emigração de sua área e os impactos sociais e culturais que estas questões acarretam na comunidade sob sua responsabilidade e, a partir desta identificação, organizar ações de intervenção nesses problemas.

B) Fichas de acompanhamento domiciliar de gestantes, de hipertensão arterial, de diabetes, de tuberculose e de hanseníase: possibilidades e limites

Estas fichas são preenchidas pelo agente comunitário quando de sua visita mensal às famílias que tenham membros que vivenciam condições de gestação, hipertensão arterial, diabetes, tuberculose e hanseníase e como finalidade o monitoramento

domiciliar desses grupos prioritariamente.

Essas fichas, devem ser objeto de discussão e intervenção da equipe, buscando garantir a integralidade da atenção. Os dados domiciliares trazidos pelos agentes comunitários podem complementar as informações do médico e da enfermeira que atendem essas pessoas nas consultas médicas e de enfermagem nos grupos educativos ou em outras intervenções de enfermagem. Essas discussões em equipe podem identificar as condições de moradia, saneamento básico, bem como fornecem informações sobre acesso a serviços de saúde, transporte, vida associativa e formas de comunicação. A análise do contexto no qual as pessoas se inserem traz para a equipe de saúde informações sobre as causalidades das morbidades e agravos em questão, as potencialidades e os limites que estas pessoas têm para enfrentá-los.

Outras questões podem ser investigadas pela equipe, conforme necessitem. Por exemplo, poder-se-ia articular essas fichas de atendimento às de cadastramento, objetivando identificar alguns indicadores familiares de adesão à terapêutica de controle da hipertensão, dos riscos biológicos de gestantes e das dificuldades de identificar e tratar comunicantes, etc.

Uma outra potencialidade dessa articulação dos dados relaciona-se com a possibilidade de se identificar os “significados” que as famílias dão à vivência do processo saúde-doença. Por exemplo, o significado individual e social de uma doença transmissível, como a tuberculose e a hanseníase na vida dessas famílias e seus membros, o significado atribuído à ocorrência de abortos anteriores e a gestação, entre outros.

Esses momentos de discussão dos dados pela equipe além de representarem espaços para a avaliação da efetividade de suas intervenções, são espaços de qualificação dos profissionais que a compõem, uma vez que o trabalho em equipe pressupõe, muitas vezes a interseção de alguns papéis.

C) Ficha de notificação de atividades e procedimentos: possibilidades e limites

Esta ficha é preenchida por todos os trabalhadores da equipe de saúde para o registro diário de atividades e procedimentos realizados, além de notificação de algumas doenças ou agravos que são objeto de acompanhamento sistemático. Permite a

identificação, por exemplo, de morbidade da demanda e dos grupos de usuários que mais tem utilizado o PSF (mulheres, crianças, faixas etárias, trabalhadores, etc.).

Os dados relativos ao tipo de atendimento prestado por médicos e enfermeiros permitem avaliar quantitativamente as ações de promoção da saúde voltadas para alguns grupos prioritários, tais como: crianças, mulheres, portadores de algumas doenças transmissíveis e de doenças crônicas (diabetes e hipertensão arterial). Esses dados isoladamente proporcionam poucas informações, mas, quando articulados aos perfis populacionais da área e comparados à quantidade de consultas realizadas, podem mostrar como tem se efetivado o trabalho da equipe.

Cabe aqui uma consideração, no que tange ao registro de outros agravos de importância para uma dada região, sobre os quais se realizam ações de promoção da saúde e não se encontram contemplados pelo SIAB. Entende-se que estes devem compor uma lista ampliada de registros a qual possibilitaria à equipe rever suas necessidades de qualificação e os instrumentos de trabalho que necessita para intervir sobre as mesmas.

Uma outra potencialidade da ficha de registro de atividades, procedimentos e notificações é a possibilidade de a equipe poder avaliar, a partir dos exames solicitados e dos encaminhamentos médicos realizados, qual tem sido o impacto das ações da equipe. A discussão dos procedimentos realizados pode apontar a ocorrência de situações de violência e de acidentes na região e tantas outras conexões que possam estar articuladas aos problemas de saúde que aparecem como procedimentos registrados. A análise desses dados possibilita à equipe identificar o quanto o profissional, principalmente médico e enfermeiro, têm se dedicado à atenção domiciliar dos moradores da área.

Esse instrumento de registro possibilita também a notificação de diarréias e doenças respiratórias agudas em menores de dois anos, pneumonias, valvulopatias reumáticas, acidentes vasculares e infarto do miocárdio, doença hipertensiva específica da gravidez, meningite tuberculosa, citologias oncológicas NIC III e de hanseníase com grau de incapacidade II e III.

A ocorrência desses agravos, num certo sentido, é marcador importante da eficácia e eficiência da

atuação dos serviços de saúde, de forma que o registro de tais casos implica na necessidade de a equipe realizar uma análise do seu processo de trabalho, no sentido de identificar onde estão as falhas que possibilitaram a ocorrência destes agravos.

O SIAB, enquanto instrumento de informação, possibilita que a equipe do PSF discuta as questões de saúde para além das dimensões individuais e biológicas e que a equipe lance um olhar sobre os modos de vida e as formas de enfrentamento dos problemas de saúde que as famílias acessam permitindo, assim, a identificação dos determinantes do processo saúde-deoença na área geossocial onde se inscreve a equipe de PSF.

Assim, as equipes de saúde deverão tomar para si a discussão sobre os determinantes e os modelos teóricos que explicam o processo saúde-doença e traduzi-los em formas concretas do trabalho da equipe. Estamos assim, diante do fato de que as equipes possuem capacidade de autogerir e auto-analisar seu trabalho e o SIAB se constitui em uma ferramenta importante para esse processo.

Ao término dessa leitura, o enfermeiro deve:

- Incorporar o SIAB como um instrumento do processo de trabalho das equipes de saúde do PSF.
- Apropriar-se das informações geradas pelo SIAB e compartilhá-las com a equipe, conformando uma lógica epidemiológica para o trabalho da equipe.
- Analisar os dados contidos nas fichas de: cadastramento de famílias, de acompanhamento domiciliar de gestantes, de hipertensos, de diabetes, de tuberculose e de hanseníase e na ficha de atividades e procedimentos, transformando-os em informações úteis ao trabalho da equipe de saúde.
- Viabilizar mecanismos coletivos de gestão das informações produzidas pelo SIAB, através do estabelecimento de interlocução com a comunidade para a definição das informações que devem ser coletadas, da periodicidade com que devem ser coletados, dos critérios de análise e divulgação das informações obtidas.
- Buscar compatibilizar as diferentes fontes de informação, dentre elas as que compõem a Rede Integrada de Informações para a Saúde (RIPSA)¹, bem como as informações censitárias, para elaborar indicadores capazes de evidenciar as desigualdades e necessidades em saúde.

BIBLIOGRAFIA

MORAES, I.H.S. Informações em saúde: da prática fragmentada ao exercício da cidadania. São Paulo, Hucitec/Abrasco, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 1991.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. A implantação da Unidade de Saúde da Família. Brasília, Ministérios da Saúde., 44p., 2000.

SANTOS, S.R.F. R. Compatibilização de bases de dados nacionais. Informe Epidemiológico do SUS, v.6, n.3, pp.25-33, 1997.

A Educação em Saúde na Prática do PSF

Anna Maria Chiesa¹

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo²

Introdução

A prática educativa em saúde não é uma proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaque populares visando difundir cuidados “higiênicos” a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias. Houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras recomendações sobre comportamentos “certos” ou “errados” relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção.

Ao longo do tempo, podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também na forma de se estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde. Apesar disso, a organização das ações educativas, ainda na atualidade, demonstra fragilidade na sua operacionalização aliada à falta de discussão mais aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados.

Associado a este aspecto, destaca-se a vigência predominante, nos serviços brasileiros de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.

Em alguns trabalhos realizados junto à clientela atendida nos serviços públicos de saúde, constatou-se a enorme lacuna de informações da população

atendida, acerca do seu processo patológico, das alternativas terapêuticas que haviam sido colocadas e também sobre as perspectivas futuras em função do agravo vivenciado. Em muitas situações, a falta de conhecimento por parte da clientela dos serviços acarreta inúmeros problemas relacionados ao abandono de tratamento, uso incorreto de medicações e, ainda, a procura excessiva de serviços.

Este panorama revela que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem um caráter educativo emancipador incorporado no seu bojo, pois está mais fortemente centrada na atenção curativa e no atendimento chamado “queixa-conduta”. Além disso, nas atividades ditas educativas, como as palestras, está presente a idéia de que a doença se deve, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com a sua saúde, deixando a “vítima” com sentimento de “culpa” pelo problema que apresenta.

Desta maneira, as práticas educativas servem para mediatizar a dominação exercida pelos serviços de saúde, já que se limitam à simples passagem de informação para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo, onde se evidencia um traço autoritário e prescritivo, apesar da intencionalidade expressa de difusão de informações com vistas à melhoria da qualidade de vida.

A interação comunicativa também é prejudicada em decorrência das diferenças social e cultural dos profissionais universitários e alguns segmentos da população, encontrando-se uma prática a partir de ordens, ao invés de conselhos argumentados. Com isso, o distanciamento torna-se ainda mais acentuado e as barreiras parecem intransponíveis.

Como um último aspecto a ser destacado, é comum os profissionais desvalorizarem os momentos educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com algum grau de sofisticação

tecnológica.

Como resultado dessa prática, dentre outros problemas, foram identificados os seguintes: baixa vinculação da população aos serviços de saúde, baixa adesão aos programas e tratamentos e frustração dos profissionais de saúde.

No presente texto, não serão discutidas as razões históricas e estruturais da organização dos serviços de saúde, que fazem com que a realidade se apresente desta forma, mas buscadas alternativas para superar os problemas descritos, sobretudo no que diz respeito à interação profissional/cliente e estratégias educativas para o desenvolvimento de grupos.

Importância da Educação em Saúde no PSF

A proposição da mudança do modelo assistencial em saúde, mediante implantação do Programa de Saúde da Família (PSF), leva à necessidade de discussão sobre os referenciais teóricos e metodológicos mais adequados para a transformação da prática educativa. Tais referenciais devem propiciar a construção de um projeto educativo que responda às novas bases conceituais e objetivos da assistência.

Portanto, para se discutir a organização das ações educativas no PSF, deve-se ressaltar que este se constitui na estratégia de reorganização do modelo assistencial, estruturado a partir do fortalecimento da atenção à saúde, da ênfase na integralidade da assistência, do tratamento do indivíduo como sujeito integrado à família, ao domicílio e à comunidade, do aumento da capacidade resolutiva da rede básica de atenção, da vinculação dos profissionais e serviços com a comunidade, e da perspectiva de promover uma ação intersetorial.

Construindo uma prática educativa emancipatória

A Promoção da Saúde incorporou os conceitos de “empowerment”, entendido como ampliação de poder ou fortalecimento, e de **participação comunitária**. O “empowerment” origina-se na psicologia social, no feminismo, na teologia da libertação e no ativismo social e pode ser considerado como um processo de desenvolvimento pessoal, interpessoal ou de ampliação do Poder Político.

Uma dimensão mais abrangente desse conceito na

prática das ações em saúde pressupõe que os indivíduos possam ampliar o controle sobre suas vidas através da participação em grupos, visando transformações das realidades social e política. Com isso, há uma profunda distinção da abordagem tradicional centrada na mudança de comportamento individual. Nesta concepção, a prevenção dos agravos à saúde não é tratada isoladamente, mas sim como uma meta a ser atingida com o desenvolvimento sustentado, a melhoria da qualidade de vida e a justiça social.

Esta concepção tem por base o entendimento de que os perfis epidemiológicos se diferenciam em função das condições de vida da população, assumindo também importância a falta de controle que os indivíduos têm sobre suas vidas. A Promoção da Saúde configura-se como o instrumento para capacitação dos indivíduos para aumentar o controle sobre os determinantes da saúde.

Nesta perspectiva, as ações educativas assumem um novo caráter, mais aderente aos princípios e diretrizes do SUS, destacando-se o Direito à Saúde como eixo norteador e a capacidade de escolha do cliente torna-se uma condição indispensável.

Particularmente no PSF, em que o paciente se mantém vinculado ao seu cotidiano, a complexidade da relação educativa acentua-se, pois é neste âmbito que os pacientes fazem suas próprias escolhas, e se torna mais importante o conhecimento sobre o seu estado de saúde e da relação desta com o seu modo de vida e trabalho.

O processo de comunicação em saúde

A comunicação é indispensável para a assistência à saúde, pois é o principal meio de veiculação do processo educativo. Enquanto atividade de suporte aos programas de saúde, constitui-se em recurso para estabelecer a confiança e a vinculação do usuário ao profissional e ao serviço de saúde.

Então, os conhecimentos técnicos necessários para intervir no processo saúde-doença incluem aqueles relativos à comunicação. A tecnologia das relações é uma das mais complexas, pois abrange não só conhecimentos, habilidades e comportamentos, como também atitudes. O profissional de saúde deve ter uma atitude comunicativa, isto é, disponibilidade interna de se envolver na interação pessoa a pessoa e o compromisso de utilizar a comunicação como

instrumento terapêutico.

A comunicação na atenção à saúde é “algo que se constrói”, uma ação intencional, dirigida e orientada para um interesse concreto. Os processos comunicativos baseiam-se em escutar o outro para compreender quais são as suas crenças, sua situação e suas possibilidades e poder atuar conjuntamente. O conhecimento recíproco entre usuários e trabalhadores de saúde é a base para a comunicação. Mediante a troca de informações, crenças, valores e normas, almeja-se chegar a acordos que orientem, positiva e efetivamente, os fazeres dos profissionais e dos usuários para o atendimento às necessidades de saúde destes últimos e a consolidação das competências profissionais do trabalhador em saúde.

São pressupostos que orientam o processo de comunicação na abordagem dialógica e emancipatória:

- Todas as pessoas, inclusive as crianças, têm direito e são capazes de escolher o caminho mais apropriado para promover, manter e recuperar suas saúde.

- O objetivo da interação entre os profissionais de saúde e a família deve ser manter ou promover a aquisição de um senso de controle sobre a vida nas experiências do processo saúde-doença. A ação do trabalhador deve resultar em oportunidades para que todos os familiares identifiquem suas capacidades atuais e adquiram aquelas que serão necessárias para atender às necessidades dos membros da família, gerando mudanças positivas com aumento da força, e da capacidade para decidir e agir.

- As atitudes e os comportamentos são decorrentes de conhecimentos, experiências, valores, crenças e emoções, além das condições materiais de vida e trabalho. Isto é verdade em relação às famílias e aos trabalhadores de saúde; essas atitudes e comportamentos influem na relação com os demais. Por esse motivo, os profissionais devem exercitar sua capacidade de reflexão sobre si mesmos e suas práticas.

Exemplos para subsidiar as ações educativas no trabalho da(o) enfermeira(o) no PSF

A. O uso da comunicação nas visitas domiciliárias e consultas de enfermagem

O entendimento claro a respeito do que fazer para a prevenção de agravos, promoção e tratamento de saúde é uma tarefa vital e de responsabilidade do

pessoal do serviço de saúde. Particularmente nas situações de doença, as pessoas experimentam uma série de dúvidas, medos e preconceitos, que podem gerar insegurança e resistência para a adoção de medidas necessárias.

Portanto, utilizar a comunicação como recurso terapêutico para identificar e lidar com essas inseguranças e resistências depende do desenvolvimento de habilidades de escutar, observar, perguntar e responder, para uma comunicação efetiva que possibilite a identificação e o atendimento das necessidades individuais e do grupo familiar.

O uso terapêutico da comunicação é a utilização de formas facilitadoras de comunicação que ajudam as pessoas a se sentirem melhor compreendidas, com maiores possibilidades de explorar sentimentos e experiências.

Perguntar consiste em explorar a situação, mediante troca de informações, tais como: a história de saúde, ações do usuário para manter ou recuperar a saúde, conhecimentos e sentimentos acerca da situação vivida.

Escutar é captar as mensagens verbais da outra pessoa e reter na memória os pontos mais importantes de seu relato. Para escutar realmente, precisamos suspender julgamentos e evitar distrações, dando o tempo necessário para que a pessoa termine de formular sua idéia.

Observar é ver o outro: sua aparência, gestos, movimentos, expressão facial, ritmo respiratório, postura, como estabelece interações com as outras pessoas.

Responder consiste não só em responder objetivamente a questões diretas, mas também em devolver os pontos mais importantes da fala do usuário, de maneira resumida e organizada, bem como os sentimentos percebidos pelo profissional. Isto permite atender as necessidades explícita e implícita, não manifestada diretamente. Por exemplo, quando uma gestante pergunta “Precisa mesmo tomar essa vacina?”, a resposta “precisa”, responde à mensagem explícita. A resposta “Você parece preocupada em relação a ter que tomar uma vacina”, abre espaço para refletir sobre possíveis dúvidas acerca dos medos, tais como riscos para o bebê (recomenda-se veementemente às gestantes que nunca usem medicamentos por conta própria), sentir dor ou outras questões que ela tenha em relação à vacinação.

Tendo esses pressupostos como pano de fundo,

as ações básicas para melhorar a comunicação e a participação da clientela são: criar um ambiente de confiança; identificar necessidades relativas à saúde; aproveitar todos os contatos para fortalecer a participação; recomendar e priorizar; obter acordos; verificar a compreensão do usuário.

1. Criar um ambiente de confiança

A seleção de ações que favorecem a confiança depende da consideração de fatores culturais, sociais, individuais, experiências anteriores e expectativa da população em relação ao atendimento, da resposta do serviço a tal expectativa, dentre outros. Mas as medidas descritas a seguir favorecem o estabelecimento de um clima de confiança para a interação entre o profissional e o usuário, que é o alicerce para o processo educativo em saúde.

Para externar seu respeito, consideração e personalizar a interação, seja receptivo, amável, respeitoso e cuidadoso: cumprimente-a com um “bom-dia”, “boa-tarde” ou dando-lhe a mão. Apresente-se, dizendo o nome e a função do profissional. Durante toda a conversa, dirija-se às pessoas pelo nome ou por “senhora”, “senhor”. Pergunte sobre o uso de nomes preferidos, por exemplo, apelidos, e, se for do desejo do usuário, utilize-os.

Durante o contato, esteja atento às suas próprias manifestações, verbais e não-verbais, pois o que é dito e as expressões faciais, postura, tom de voz, ritmo da fala transmitem sentimentos e pensamentos e, muitas vezes, bloqueamos a comunicação com essas manifestações.

A ênfase das ações deve dirigir-se à construção do diálogo com o cuidado de utilizar linguagem acessível, clara. O diálogo pode ajudar o trabalhador a conhecer e entender a realidade do usuário, sua compreensão de mundo, chegando até a identificar as razões de ser dessa compreensão. Este é um passo importante para promover o estabelecimento de uma relação de confiança. Ainda mais, o desvelamento da realidade concreta do usuário pode ser o primeiro passo para transformar sua compreensão acerca do mundo.

Durante todo o tempo, o usuário precisa sentir que pode manifestar tudo o que pensa e sente, pois não será criticado ou menosprezado por isso. Não quer dizer que o profissional não possa discordar do usuário, mas que, a despeito de concordar ou não, ele é capaz de compreender como determinada

situação se apresenta para a outra pessoa. Reconhecer e aceitar as diferentes formas de pensar de cada um permite criar um clima emocional de segurança e confiança, condições necessárias para uma relação de comunicação.

2. Identificar necessidades relativas à saúde

Para identificar as necessidades do usuário, é preciso saber perguntar, observar e ouvir. Considere as seguintes recomendações:

- Preste atenção à pessoa e dedique tempo à interação. Muitas vezes, a economia de tempo gera tratamentos incorretos, levando a um maior gasto de tempo posterior, além de outros prejuízos que podem ser bastante graves. À medida que a relação de confiança for aumentando, os encontros tornam-se-ão mais produtivos.

- Faça uma pergunta de cada vez. Utilize perguntas abertas, estimulando a expressão, como por exemplo: “como o senhor lida com essa situação?”. Isto permite respostas mais detalhadas que um simples “sim” ou “não” e ajuda a aliviar sentimentos de insegurança.. Inclua perguntas sobre sentimentos e outras que ajudem a ter uma compreensão global sobre o que a situação significa para o usuário.

- Esteja sempre pronto a resumir o que foi dito. Isso servirá para confirmar se você entendeu corretamente e demonstrar interesse.

- Se não entender algo, pergunte. É melhor dizer “acho que não entendi o que a senhora quis dizer com... pode me explicar?” do que desconsiderar o que foi dito.

- O silêncio, conforme a situação, também é uma forma de estímulo, bem como um espaço para a pessoa organizar o pensamento para continuar. Não responda nem faça nova pergunta até estar certo de que a pessoa acabou de falar.

- Dialogue com o usuário, gerando comunicação em nível cada vez mais profundo. Ao identificar condutas corretas, reforce-as, aprovando-as e elogiando-as verbalmente. Isto ajuda a diminuir seus temores e permite identificar outros fatores de risco ou necessidades de atenção.

3. Aproveitar os contatos para fortalecer a participação no atendimento

Para melhorar a compreensão e participação do

usuário na solução dos problemas, sugere-se que, durante o processo de atenção, o trabalhador de saúde comente e compartilhe o procedimento que está realizando. Por exemplo, durante a pesagem da criança ou a medição da altura uterina de uma gestante, explicar como se realiza o procedimento, por que realizá-lo e o significado dessa informação. Isso ajuda as pessoas a irem adquirindo maior consciência e controle sobre a assistência oferecida e lhes dá elementos para avaliar e propor demandas aos serviços de saúde.

4. Recomendar e priorizar

O cliente sempre faz uma avaliação e escolha frente às orientações que lhe são oferecidas. E, nesse processo, há diversos fatores que interferem: compreensão acerca do problema e das formas de abordá-lo; confiança nas próprias habilidades e capacidades e rede de suporte ou condições objetivas de implementar as orientações. A compreensão acerca do seu problema depende de conhecimentos, incluindo informações e experiências anteriores e atuais, e também do significado desses conhecimentos no contexto de valores da pessoa. O exemplo a seguir, de uma situação real, demonstra que, só ao considerarmos pensamento e sentimento é que é possível compreender e intervir nas ações.

Certa vez, observando o atendimento de uma criança que tivera diagnóstico de refluxo gastroesofágico, ouvi a mãe descrever ao médico todos os cuidados que ela deveria seguir, particularmente quanto a manter seu bebê constantemente em decúbito elevado [informações e experiência atual]. Mais tarde, perguntei-lhe o que pensava sobre tais recomendações. Ela respondeu que achava um exagero, pois todos os bebês regurgitam [informações e experiências anteriores]. Supus que talvez ela não estivesse seguindo a recomendação. Perguntei como se sentia a respeito desse problema. Respondeu que ficara muito chateada, pois não queria ter uma criança diferente [significado]. Continuando a conversa, revelou-me que não seguia as orientações.

Esse exemplo reflete uma realidade muito comum: a despeito de conhecer e reproduzir no discurso as orientações médicas, a mãe não as seguia não só porque tinha dificuldade em aceitar que o filho fosse diferente, como também não compreendia sua real necessidade e o efeito que traziam para a saúde

da criança. Ele nos remete à conclusão de que, se realmente pretendemos contribuir para a melhoria da saúde da população, as tradicionais “orientações de enfermagem” precisam ser utilizadas possibilitando a tomada de decisões compartilhada e englobando o pensamento, o sentimento e a ação. Isto se configura na dimensão qualitativa da assistência integral.

Para que suas recomendações sejam incorporadas pelos usuários:

- Compartilhe a informação técnica, que é difícil e complicada, de forma objetiva e compreensível. Não se restrinja ao que a pessoa terá de fazer. Ao invés disso, exponha o que é o problema, suas causas e medidas de intervenção possíveis.

- Utilize conhecimentos anteriores do usuário para expor conceitos novos, isto é, procure saber primeiro o que ele já sabe ou pensa sobre o problema.

- Estimule que a pessoa identifique o significado e os sentimentos envolvidos na situação e como eles podem interferir no atendimento.

- Transmita um menor número de informações, mas que sejam as mais importantes, enfatizando as prioritárias. Torne-as concreta, utilizando figuras, modelos ou outras imagens.

- Procure sempre atender às questões principais do usuário. Caso detecte outro problema que julgue mais importante, coloque o assunto em discussão, para priorizar conjuntamente o que será feito.

Para que as instruções ou indicações escritas sejam bem compreendidas:

- Verifique se uma pessoa do domicílio sabe ler, cuidando para não afetar a auto-estima dos membros da família.

- Seja claro, objetivo e específico. Ao invés de dizer, por exemplo, “dê à criança um líquido caseiro para a tosse”, recomende algo usual na comunidade.

- Avalie se as instruções poderão ser realizadas.

- Utilize desenhos simples: são mais fáceis de entender e ajudam quando a pessoa não sabe ler.

5. Estabelecer acordos com os usuários

Sendo um dos objetivos da comunicação dialógica promover a parceria entre o usuário e o profissional de saúde, mediante acordos efetivos quanto aos cuidados no domicílio, é importante perguntar sobre as possíveis barreiras e dificuldades para realizar algumas das recomendações:

Temas de Caráter Introdutório

- Falta de recursos necessários: tempo, materiais, dinheiro.
- Atitudes desfavoráveis aos tratamentos e/ou recomendações: considerar que haja outra forma melhor; discordância das recomendações.

Se as ações propostas trazem inconvenientes ou complicações, mas são imprescindíveis, como uma antibioticoterapia por exemplo, descreva as razões e benefícios previstos. Sugira maneiras nas quais outros membros da família possam ajudar e tente encontrar soluções com a família.

Se o usuário conhece outras formas de intervir, avalie se os métodos sugeridos acarretam inconvenientes ou complicações. Se necessário, apresente outras alternativas, também de maneira clara e objetiva, para que ele possa selecionar aquela que julgar mais adequada à sua situação econômica, social e cultural.

Registre os acordos estabelecidos no prontuário/registro familiar e num instrumento próprio para o usuário (folhetos explicativos, cartão da mãe ou da criança).

6. Verificar a compreensão do usuário

Quando perguntamos ao usuário “o senhor entendeu?”, induzimos a uma resposta “sim”, e isto não nos permite saber qual foi sua real compreensão. Ao invés disso, se utilizamos perguntas de verificação, podemos facilitar a compreensão e fixação das recomendações pelo usuário, bem como identificar dúvidas que ele tenha vergonha de manifestar ou sequer tenha percebido enquanto

estava ouvindo as recomendações. São exemplos de perguntas de verificação:

O que a senhora dará para a criança comer, enquanto ela estiver com diarréia?

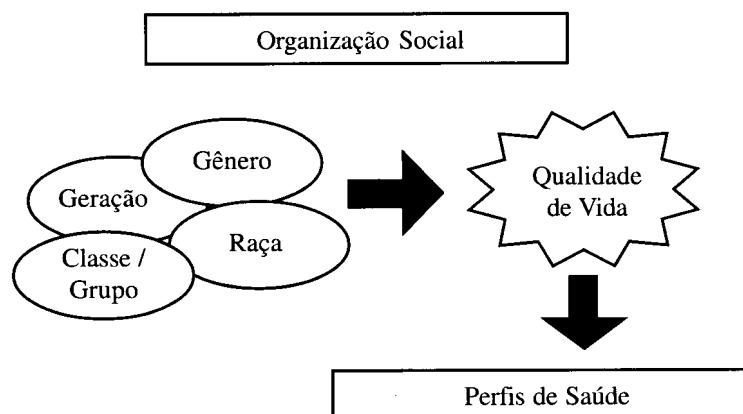
Como a senhora preparará o soro de reidratação oral?

Quando a senhora dará o soro para a criança?

B. As Oficinas Educativas.

A partir das críticas em relação à abordagem tradicional da educação em saúde e diante dos desafios colocados no atual cenário de atuação em saúde, optou-se por sistematizar uma intervenção educativa de cunhos emancipatório e crítico, utilizando-se elementos do psicodrama pedagógico, tendo por base o entendimento que o processo saúde-doença é decorrente da forma como a sociedade se organiza e que os diferentes segmentos sociais apresentarão distintos perfis epidemiológicos (figura).

Os elementos do psicodrama pedagógico foram incorporados como recursos facilitadores da expressão e autoconhecimento dos participantes no desenvolvimento do processo educativo. Tais estratégias foram adaptadas a partir da Teoria Moreniana de abordagem grupal, ressaltando-se a sua aplicação com finalidade pedagógica. Dentro dessa teoria, classificada como dialógica, há necessidade de participação e da interação grupal para permitir o resgate da espontaneidade, entendida como elemento “energizador” das discussões, visando a oportunidade de os indivíduos formularem respostas criativas diante das situações que se apresentam.



A proposta das oficinas não se restringe ao uso de dramatizações, enquanto único recurso metodológico, destacando-se o objeto intermediário concreto como recurso facilitador da reflexão e expressão, permitindo a discussão dos temas tanto no que diz respeito aos condicionantes sociais, como aos aspectos subjetivos relativos às vivências.

O trabalho com oficinas pressupõe uma seqüência de encontros com uma temática geral delimitada e apresentada para permitir a participação voluntária da população. Na apresentação também é acordado o horário e duração do processo como um todo. Em geral, são encontros semanais com duração de 2 horas para um grupo mínimo de 6 e máximo de 15 participantes.

Os encontros são estruturados partindo-se de atividades que não incluem inicialmente a comunicação verbal nem a escrita, já que estas são as formas mais usuais de comunicação, e que também mais diferenciam as pessoas em função da escolaridade e meio cultural. Após um breve aquecimento, os participantes são estimulados a refletir acerca do tema em pauta, manipulando materiais como figuras de revistas, massa de modelagem, sucata, fios coloridos, tinta e papel, etc. Esta fase permite que as representações sejam mais ricas em detalhes, possibilitando uma discussão mais aprofundada no momento seguinte.

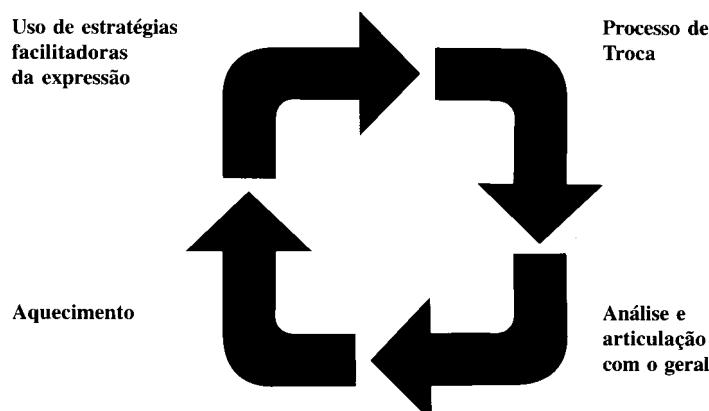
Com isso, os participantes produzem um material concreto (daí o nome de oficina), que pode ser recuperado por todo o grupo durante a discussão. A partir do relato dos participantes acerca das suas construções, desencadeia-se a discussão visando a compartilha dos conhecimentos e vivências, bem como o processo de problematização. Nesse momento, é possível trabalhar no sentido da superação do “senso comum” buscando uma compreensão da realidade que estabeleça as articulações entre as dimensões singular, particular e estrutural da realidade; analisando o conhecimento científico e resgatando o conhecimento empírico, ampliando-se as possibilidades de interpretação dos problemas e a busca de seus enfrentamentos tanto do ponto de vista individual como coletivo. Para finalizar o encontro, cabe ao coordenador sintetizar os temas mais importantes que fizeram parte das discussões.

O esquema abaixo apresenta um exemplo de sistematização de oficinas desenvolvidas junto aos pacientes acometidos por Lesões por Esforços Repetitivos (L.E.R) no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador do Estado de São Paulo. Trata-se apenas de um exemplo de concretização desta proposta.

A proposta de oficinas recupera o trabalho que os grupos feministas desenvolveram ao longo da década

Método

Trajetória Percorrida nos Encontros



Temas de Caráter Introdutório

de 70, quando era forte o questionamento da postura tradicional do técnico autoritário, “dono do saber”, diante da população. Os programas educativos elaborados nos movimentos da época partiam da reflexão sobre a vida das mulheres, os limites e

possibilidades de mudança que se apresentavam na relação entre o sistema de saúde e a população feminina, sempre considerando a perspectiva das mulheres, sujeitos sociais dos programas. Na prática ambulatorial e sobretudo no PSF, acredita-se que as

<i>Tema</i>	<i>Aquecimento</i>	<i>Estratégia</i>
Corpo	História do nome	Uso de massa de modelagem em contorno de corpo humano sobre papel craft
Trabalho	Jogo de bexigas com mensagem	Uso de sucata para construção de painel representando o ambiente de trabalho
Limite	Andar pelo espaço em diferentes ritmos	Expressar um conceito de limite através da pintura com tinta
Culpa / Responsabilidade	Jogo de entrosamento	Representação desses conceitos através de dobradura com papel sulfite
Dor	Exercícios de alongamento, relaxamento e Autopercepção	Construção de painel, utilizando figuras de revistas
Cotidiano a partir da L.E.R.	Jogo de mãos entrelaçadas	Representação do cotidiano vivido, usando fios coloridos
Relações com os colegas, familiares e profissionais de saúde	Atribuição de uma qualidade para cada membro do grupo	Dramatização dirigida

oficinas poderão ser um instrumento de intervenção educativa que concretiza o conceito de autonomia, central na perspectiva emancipatória, principalmente para o controle de saúde dos pacientes com agravos crônicos.

Ao final deste capítulo, a(o) enfermeira (o) deverá conhecer:

- A importância das ações educativas emancipadoras no seu cotidiano de trabalho
- As estratégias que facilitam a participação da clientela em situações de atendimento individual
- Os princípios da organização das Oficinas educativas

BIBLIOGRAFIA

BERTOLOZZI, M.R. A adesão ao programa de controle da tuberculose no distrito sanitário do Butantã, São Paulo. São Paulo. Tese [Doutorado]. Faculdade de Saúde Pública da USP, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à saúde. Departamento de assistência e promoção à saúde. Coordenação de saúde da comunidade. Saúde da família: uma estratégia de organização dos serviços de saúde. documento preliminar, março/96.

CHIESA, A. M.; WESTPHAL, M.F. A sistematização de oficinas educativas problematizadoras no contexto dos serviços públicos de saúde. *Saúde em Debate* n.46, pp. 19-22, 1995.

FREIRE, P. *Pedagogia da esperança: um reencontro com a pedagogia do oprimido*. 5.ed. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1998.

MALDONADO, M.T. *Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir*. 22.ed. São Paulo, Saraiva, 1997.

RIBEIRO, M.O.; SIGAUD, C.H. de S. Relacionamento e comunicação com a criança e sua família. In: SIGAUD, C.H. de S.; VERÍSSIMO, M. De La Ó R. *Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente*. Cap.9, p. 99-111. São Paulo, EPU, 1996.

ROMAÑA, M.A. *Construção coletiva do conhecimento através do psicodrama*. Campinas, Papirus, 1992.

A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família

Renata Ferreira Takahashi/
Maria Amélia de Campos Oliveira/¹

Introdução

A visita domiciliária (VD) é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas, também, principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde.

A caracterização das condições de vida e trabalho dessas famílias permite compor os perfis de reprodução e produção, respectivamente, os quais, por sua vez, permitirão conhecer grupos distintos no território, homogêneos em função dessas características identificadas. As condições de saúde, a vulnerabilidade aos agravos e as condições protetoras comporão perfis epidemiológicos desses mesmos grupos sociais.

Certamente, tal caracterização não se esgota na visita domiciliária, pois todos os momentos de intervenção junto a essas famílias permitem aprimorar a captação desses dados. Entretanto, por se dar no domicílio, a visitação possibilita compreender parte da dinâmica das relações familiares.

A visita domiciliária só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde da família quando planejada e sistematizada. De outra forma, configura uma mera atividade social.

A territorialidade proposta na estratégia de Saúde da Família deverá eliminar um dos principais impedimentos para a implantação de Programas de Visita Domiciliária em serviços de saúde, que é a disponibilidade de um meio de transporte para o profissional realizar essa atividade.

Conceito e finalidade

A VD constitui uma atividade utilizada com o

intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos Serviços de Saúde e obedece uma sistematização prévia.

Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação “in loco” das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência, por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, freqüentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde.

Objetivos

Eles devem ser estabelecidos considerando o(s) motivo(s) da sua solicitação e estar em consonância com a finalidade para a qual a atividade foi proposta.

Pressupostos

Os pressupostos que orientam a VD são:

- . nem toda ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma VD;
- . para ser considerada uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário no domicílio;
- . a sua execução pressupõe o uso das técnicas de entrevista e de observação sistematizada;
- . a realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;
- . na elaboração dos objetivos da VD, é necessário considerar os limites e as possibilidades do saber específico do profissional/técnico que a executará.
- . a relação entre o profissional e o usuário deve

estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no processo saúde-doença.

. podem existir diferenças socioculturais e educacionais entre os profissionais e os usuários dos Serviços de Saúde, que devem ser consideradas no planejamento e na execução da VD;

. a intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD.

Descrição da técnica de VD

A VD compreende as seguintes etapas:

- . planejamento,
- . execução,
- . registro de dados,
- . avaliação do processo.

O planejamento da VD

É recomendado para que sua finalidade seja alcançada, o profissional atinja o rendimento previsto para a realização dessa atividade e, ainda, para que tenha clareza e segurança no que irá fazer durante a visita.

O planejamento inicia-se com a *seleção das visitas*, segundo os critérios estabelecidos pela equipe de saúde. É importante considerar o itinerário, o tempo a ser gasto em cada casa e o horário disponível do técnico e do usuário. Colocar em primeiro lugar as VDs em que se gastará menos tempo e deixar por último aquelas que demandam um contato mais prolongado, como é o caso das doenças transmissíveis.

Em seguida, deve-se *estabelecer os objetivos* da VD, que irão orientar a *revisão de conhecimentos* necessária para embasar a entrevista com o usuário e a observação no domicílio. Tal processo pode ser realizado através de leitura bibliográfica ou de outras fontes de informação.

Posteriormente, inicia-se a captação da realidade de vida e saúde do usuário e dos seus familiares através da leitura do prontuário e da troca de informações com os profissionais que já tiveram contato com algum membro da família, a fim de selecionar os dados essenciais e pertinentes aos objetivos da visita.

A cada etapa realizada, preencher o impresso

utilizado na realização da VD, que deve conter: número de cadastro da família, quem realizou a VD., nome do(s) usuário(s), endereço, objetivos e dados coletados previamente. Se possível, deve-se entrar em contato com o usuário antes da realização da VD para agendar a data e o horário.

A execução da VD

Durante a visita, alguns cuidados devem ser observados para evitar que a finalidade da atividade não seja alcançada:

. adaptar o plano da VD, no caso de ocorrerem interferências durante sua realização e que podem impedir o alcance dos objetivos, para que na medida do possível as necessidades da família ali explicitadas possam ser atendidas.

. na chegada ao domicílio, o profissional deve identificar-se (nome e função) e expressar de maneira informal, mas com clareza os objetivos da visita.

. ser cordial no relacionamento, evitando os extremos da formalidade e da intimidade no contato com os usuários.

Após esse contato preliminar, *iniciar a entrevista* ou *executar os procedimentos* previstos, segundo os objetivos propostos para a VD. Se a VD tiver como objetivo a coleta de dados, deve-se explicar o motivo da anotação das informações e destacar o caráter sigiloso do registro.

Durante a VD, realizar a observação sistematizada da dinâmica da família e ao término, o profissional deve resgatar os seus objetivos e fazer uma síntese do que foi realizado (se houve algum tipo de intervenção: procedimento, orientação, encaminhamento, etc.) para a família.

Relatório da VD

Ao retornar à Unidade, o profissional deverá elaborar um relatório escrito sobre a VD e anexá-lo ao prontuário do usuário ou utilizar o verso do próprio impresso usado para a realização da VD. O relatório é essencial para que as informações coletadas através da entrevista ou da observação sejam compartilhadas com os membros da equipe e para que não se percam ao longo do tempo, subsidiando a continuidade da assistência à família. O relatório deve ser claro, objetivo, sintético, ter uma seqüência lógica e ser

iniciado com as informações colhidas, seguido das observações feitas e, por fim, as intervenções realizadas. Ainda no relatório, deve-se informar as necessidades da família, que ela própria expressa ou que foram detectadas pelo profissional, e registrar, se houver, aspectos que precisam ser explorados no próximo contato com a família.

O relatório deve ser apresentado à equipe, que tomará as providências necessárias para dar continuidade à assistência à família.

Avaliação do processo da VD

A avaliação é necessária para que a equipe estabeleça o “passo seguinte” na assistência à família visitada e também, para que o profissional possa fazer a auto-avaliação na realização da VD (os objetivos propostos foram atingidos? o preparo para a realização da atividade foi adequado? o tempo estimado foi cumprido? os pressupostos da VD foram contemplados?).

Modelo genérico para a realização da VD

Dados a serem coletados antes da VD:

Guia para preenchimento dos campos:

1. Unidade de Saúde:	1. nome da Unidade de Saúde.
2. Data:	2. data de realização da VD.
3. Equipe:	3. número da equipe e da micro-área.
4. Nome do Profissional:	4. nome e profissão do técnico que realizará a visita.
5. Nome do usuário:	5. registrar o nome do usuário que é o alvo principal da VD ou do chefe da família quando se tratar do cadastramento familiar.
6. Registro:	6. anotar o número de matrícula do usuário na Unidade.
7. Endereço:	7. anotar o endereço completo e pontos de referência (estabelecimentos comerciais) que facilitem sua localização.
8. Motivo da VD:	8. registrar com objetividade o(s) motivo(s) do pedido da visita, o que auxiliará no esclarecimento do usuário sobre a sua finalidade.
9. Objetivos da VD:	9. devem ser estabelecidos tendo como base o(s) motivo(s) da solicitação da VD e devem ser passíveis de serem alcançados.
10. Dados sobre a família:	10. registrar somente os dados pertinentes aos objetivos definidos para a visita.
11. Atividades a serem desenvolvidas:	11. definir o tipo de atividade que será desenvolvida durante a visita, como: coletar dados sobre as condições de vida e trabalho da família (segundo roteiro preestabelecido), demonstrar aplicação de medicamentos ou execução de técnicas, avaliar condições para dar continuidade à assistência.
12. Registro de dados:	12. registrar as observações feitas no domicílio e os dados coletados por informações verbais. Podem ser utilizados diferentes impressos, específicos para a finalidade a que se propõe a VD. Para as demais situações, pode-se elaborar outros impressos ou utilizar um modelo genérico que se preste a qualquer situação, como é o caso do modelo aqui apresentado.
13. Relatório da VD:	13. deve conter uma síntese das informações coletadas, das observações e das intervenções realizadas. O relatório deve contemplar a avaliação da VD, que deve ser feita tendo como referência os objetivos propostos inicialmente. Anotar ainda as impressões sobre o relacionamento estabelecido com a família e as necessidades identificadas ou relatadas pelo usuário ou por seus familiares.

Adaptado do modelo proposto por EGRY,E.Y. & QUEIROZ, V.M., 1983.

BIBLIOGRAFIA

NOGUEIRA, M.J.C. & FONSECA, R.M.G.S. da A visita domiciliaria como método de assistência de enfermagem à família. *Rev.Esc.Enf.USP*, São Paulo, v.11, n.1, pp. 28-50, 1977.

EGRY, E.Y. & FONSECA, R.M.G.S. A visita domiciliaria enquanto modalidade assistencial da enfermagem em saúde coletiva. *Rev. Esc.Enf.USP.* (no prelo).

EGRY, E.Y.; QUEIROZ, V.M. Modelo de plano de visita domiciliaria. *Rev. Esc.Enf.USP.*, São Paulo, v.17, n.3, pp.205-211, 1983.

MISOCZKY, M.C. A medicina de família: os ouvidos do princípio e os compromissos com o SUS. *Saúde Deb.*, n.42, pp.40-4, 1994.

CORDEIRO, H. Os desafios do ensino das profissões da saúde diante das mudanças do modelo assistencial: contribuição para além dos pólos de capacitação em Saúde da Família., n.210, pp.36-43, 2000.

ARAÚJO, M.R.N. de et al. Saúde da Família: cuidado no domicílio. *Rev.Bras.Enf.*, v.53, n.especial, pp.117-122, 2000.

O Programa Saúde da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde

Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli¹

Cleide Lavieri Martins²

Paulo Antonio de Carvalho Fortes³

O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como estratégia de reorganização da atenção à saúde, que se caracteriza por um modelo centrado no usuário, demandando das equipes a incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência médica-sanitária em nosso país. **Humanizar** significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia. Qualquer pessoa, independente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as consequências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua saúde, ou seja, poder agir como pessoa autônoma.

*Autonomia*⁴ relaciona-se com tomada de decisão. Por pessoa autônoma compreende-se aquela que tem condições para deliberar, decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas, podendo atuar conforme a escolha por ela feita.

Ser autônomo não equivale a ser respeitado como agente autônomo. Para os profissionais de saúde, respeitar o usuário como agente autônomo quer dizer, no mínimo, ser capaz de acatar o direito de ele ter opiniões próprias, fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças, lembrando que, muitas vezes, suas opções podem discordar das indicações técnicas. É essencial um respeito ativo, que ultrapasse os limites da não-intervenção nos assuntos alheios e busque assegurar as condições necessárias para que as escolhas ocorram autonomamente, minimizando as circunstâncias que dificultam ou impedem o exercício da autonomia. Muitas ações autônomas somente são possíveis com a cooperação ativa de outros, a fim de se vislumbrarem as opções viáveis.

Por isso, considera-se que, para a modificação expressiva do modelo assistencial e a garantia da humanização das relações entre os componentes da equipe de Saúde da Família, é preciso que esta esteja imbuída quanto ao respeito à autonomia dos usuários, que devem ser estimulados a compartilhar das decisões que digam respeito à sua pessoa, família, comunidade. As decisões devem ser livres e esclarecidas, fundamentadas em adequada e compreendida informação, para que possam aceitar ou recusar ao que lhes é proposto.

A transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento requerem que seja garantido o *direito à informação* do usuário. A informação é o elemento vital para que o usuário possa tomar decisões. Todos os integrantes da equipe de Saúde da Família, quer sejam enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos ou agentes comunitários, devem estar conscientes da responsabilidade individual de esclarecer os usuários sobre questões que lhes são mais afeitas, assim como cabe aos gestores dos Programas criarem condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e comunicação que leve em conta as condições socioculturais de cada comunidade atendida.

As informações fornecidas não necessitam ser exaustivas ou apresentadas em linguajar técnico-científico. Basta que elas sejam *simples, aproximativas, inteligíveis, leais, respeitosas e suficientes* para garantir a autonomia dos usuários nas escolhas e nos atos. Desta forma, além de considerar a compreensão intelectual, cultural e psicológica do usuário, a fim de que as informações sejam fornecidas dentro de padrões acessíveis, as equipes de saúde de família devem levar em conta também os objetivos e o contexto específico de cada situação.

Na prática da assistência à saúde, é comum a utilização da autoridade profissional para favorecer ou perpetuar a dependência dos usuários em lugar de promover sua autonomia. Entretanto,

compreendemos que é exatamente a relação de confiança existente entre os profissionais de saúde e os usuários que determina a obrigatoriedade de respeitar a autonomia destes, incluindo o dever de conversar e expor-lhes a informação de maneira compreensível. Convém lembrar que esta relação de confiança no Programa de Saúde da Família é reforçada pelo vínculo e responsabilização que decorrem da adscrição das famílias de determinada região a uma equipe específica.

É preciso se evitar *posturas paternalistas*, que, em nome de levar benefícios às pessoas, impedem que elas tomem decisões autônomas. Entende-se o paternalismo como sendo a interferência com a liberdade de um indivíduo eticamente capacitado para tomada de decisões, mediante uma ação benéfica justificada por razões referidas exclusivamente ao bem-estar, às necessidades da pessoa que está sendo coagida, e não por interesses de terceiros, do próprio profissional de saúde ou mesmo da sociedade. Isto significa que o paternalismo⁵ precisa ser compreendido com vistas à beneficência⁵ de cada ação e à autonomia da pessoa, pois o que é benéfico para um usuário, pode não o ser necessariamente para o outro.

A equipe de saúde da família, com base nos fundamentos advindos do saber e da especificidade de cada profissional, busca o que entende ser bom para o usuário, promovendo seu bem estar e protegendo seus interesses. No entanto, parece claro que ela não pode, ao exercer a beneficência, aniquilar a manifestação da vontade, dos desejos, sentimentos e crenças pessoais de cada um. Isto é especialmente importante em situações de conflito entre os interesses individuais de um usuário e os interesses de outros membros da família ou desta como um todo. Nestas situações, os profissionais de saúde, após exporem a alternativa de ação que identificam como a mais adequada, devem levar a família a decidir autonomamente, sem coerção ou manipulação.

Aceita-se eticamente que se possa exercer uma ação persuasiva ou propositiva, mas não é válido que ocorram atitudes coercitivas ou manipuladoras de fatos ou dados - persuasão entendida como a tentativa de induzir alguém através de apelos à razão para que livremente aceite crenças, atitudes, valores, intenções ou ações advogadas pela pessoa que persuade. Já a manipulação é a tentativa de fazer com que a pessoa realize o que o manipulador pretende, desconhecendo

o que ele intenta, fazendo com que a pessoa perca o controle de seus atos.

Cabe destacar, ainda, outros dois princípios éticos que devem ser observados com atenção nas atividades do PSF: a *privacidade* e a *confidencialidade das informações*. A privacidade deriva da autonomia e engloba a intimidade, vida privada, honra das pessoas, significando que são os próprios usuários que têm direito de decidir quais informações pessoais querem que sejam mantidas sob o seu exclusivo controle e a quem, quando, onde e em quais condições estas informações podem ser reveladas. Segundo Sacardo (2001), "...a privacidade é um mecanismo de regulação da relação entre profissional de saúde e paciente, a qual pode facilitar o estabelecimento da confiança mútua necessária ao desenvolvimento do trabalho."

Do direito à privacidade do usuário deriva o dever da manutenção do segredo por todos os elementos da equipe, lembrando que são sigilosas não somente as informações reveladas confidencialmente, mas também aquelas que a equipe de saúde da família venha a conhecer no exercício de suas atividades, mesmo havendo desconhecimento do usuário. Está no âmbito do segredo tudo aquilo que se tem acesso e se comprehende através das informações advindas dos contatos profissionais com os usuários, na anamnese clínica, na consulta de enfermagem, no exame físico, na realização de exames laboratoriais ou radiológicos, assim como nas visitas domiciliares. Quanto a esta última situação, deve-se estar atento para a possibilidade de ela ser encarada pelos usuários como um ato invasivo da privacidade familiar; assim, o dever de assegurar a confidencialidade dos fatos e dos dados torna-se ainda mais indispensável.

O dever de manter o segredo das informações constitui-se em obrigação ética dos profissionais de saúde, técnicos, auxiliares, do corpo técnico-administrativo e dos agentes comunitários e devem ser criadas condições para que se mantenham sob sigilo os dados relativos à intimidade do usuário e das famílias. Isto se aplica igualmente ao âmbito interno e próprio de cada família, pois um usuário pode não desejar que alguns fatos ou dados de sua privacidade sejam revelados a outros membros da família. Basta lembrar que é comum as adolescentes não quererem revelar dados de sua vida sexual a seus pais, procurando a unidade de saúde, muitas vezes, sem o conhecimento destes.

Os serviços de estatística, de guarda de arquivos ou os demais sistemas de informações devem ser cuidados para a observação da confidencialidade das informações. Os administradores das unidades devem estar atentos aos encaminhamentos de informações ou cópias de prontuários para outros estabelecimentos ou profissionais, devendo se orientar pelo consentimento prévio do paciente ou de seu responsável, à exceção de fatos cobertos pelo dever legal.⁶

A prática de registrar informações em prontuários de família, utilizada em algumas instituições, pode trazer riscos adicionais à preservação da confidencialidade das informações. Um deles é o compartilhamento indevido ou desnecessário de informações entre os profissionais de saúde que cuidam de diferentes membros da família. Um outro problema é estabelecer critérios de acesso ao prontuário de família. Quem pode solicitar uma cópia do prontuário? Qualquer membro da família ou seria necessária a autorização ou solicitação de todos da família? Como sugerem Francisconi e Goldim (1998), uma alternativa pode estar na liberação pelo grupo e não no exercício do direito individual de cada um de seus membros. Outra pode ser manter no prontuário de família registro conjunto para as informações que dizem respeito à família como um todo (condições de moradia, número de membros, idade e sexo de cada um, etc.), registrando separadamente os dados pessoais e privativos de cada membro. Nas solicitações de cópia feita por um usuário individualmente se forneceria a parte relativa à família e ao solicitante.

É oportuno lembrar que preservar a confidencialidade das informações não se limita aos procedimentos que visam evitar o acesso aos registros por quem não tem permissão para tal ou à não-revelação das informações obtidas no exercício das atividades das equipes de saúde da família. Ainda devem ser incluídos os cuidados que se fazem necessários no momento da obtenção destes dados. As informações, muitas vezes, são colhidas nos domicílios que podem não oferecer condições para que se crie um espaço reservado à conversa entre o membro da equipe que realiza a visita domiciliar e o usuário. Assim, cabem cuidados, como procurar manter um tom baixo de voz ou até mesmo propor a ida do usuário à unidade de saúde. Com as pessoas idosas, os cuidados neste momento devem ser

redobrados, pois, algumas vezes, por suas dificuldades auditivas, é necessário falar em um tom de voz mais alto do que o habitual, o que naturalmente exporá sua privacidade.

O trabalho em *equipe multiprofissional* é necessário e a troca de informações é fundamental para o desenvolvimento de um trabalho de qualidade na atenção à saúde das famílias. Porém, as informações devem ser limitadas àquelas que cada elemento da equipe necessite para realizar suas atividades específicas em benefício do usuário.

O *Agente Comunitário de Saúde* possui uma situação singular na equipe de saúde da família, uma vez que obrigatoriamente deve residir na área de adscrição da equipe, o que faz com que viva o cotidiano da comunidade com maior intensidade que os outros integrantes da equipe. Ao exercer a função de elo de ligação entre a equipe e a comunidade, um maior cuidado é necessário para discernir quais as informações que ele deve compartilhar com o restante da equipe, que são relevantes para gerar benefícios para a comunidade e acionar ou orientar o trabalho da equipe. Também não se pode desconsiderar a possibilidade de o usuário não querer revelar dados de sua própria privacidade ou de sua família ao agente de saúde por ser ele seu vizinho. Esta possibilidade pode aumentar na ocorrência de doenças com risco de estigmatização ou segregação, como a Aids, a Hanseníase, etc.

Cabe ainda considerar a própria privacidade do agente comunitário de saúde, ou seja, como preservar sua privacidade, intimidade e liberdade enquanto morador da comunidade pela qual é responsável ao ser membro de uma determinada equipe de saúde da família.

Na busca da humanização da atenção à saúde, é essencial a manutenção de atitudes que marquem o respeito pelo usuário, merecendo destaque a exigência de chamar a pessoa por seu nome, jamais utilizando termos impessoais de pretendido afeto, como “mãe”, “tio”, “vozinho”, “meu filho”, “minha querida” e outros que podem ser mais estigmatizantes ou rotuladores, como “o aidético”, “o tuberculoso”, “o desnutrido”, etc. Isto também deve ser observado ao se fazer referência aos domicílios das famílias, nunca usando “a casa dos desnutridos” ou “a casa dos hipertensos” e outros.

Outro direito fundamental do usuário é a liberdade de expressão, do qual deriva a possibilidade de ele

manifestar sua opinião sobre o serviço ou os membros da equipe de saúde da família, sem o risco ou temor a represálias. Os gestores devem estar atentos para a viabilização de canais de comunicação entre os usuários e a administração, permitindo não somente que estes expressem livremente suas reclamações, mas também possam participar das decisões tomadas no âmbito da saúde.

Ações descentralizadoras, que redistribuem o poder decisório, aproximando-o dos indivíduos e grupos diretamente interessados nas consequências das ações empreendidas pelos serviços de saúde, facilitam a *participação da comunidade* nas decisões a serem aí tomadas, pois a análise das condições de saúde é feita a partir da situação local.

Partilhar das decisões é um caminho para implementar o princípio ético da autonomia dos indivíduos e da coletividade. A participação deve ser o eixo das políticas sociais e não pode ser vista como dádiva dos administradores ou governantes temporários, mas observada pela noção da ética da responsabilidade. Se, nos últimos tempos, em vários países, a conquista legal afirma o direito do cidadão à saúde e o dever do Estado em garantir esse direito, o princípio da responsabilidade também cria para o cidadão uma obrigação de natureza ética de participar na tomada de decisões de natureza pública.

A presença dos usuários nas decisões do aparelho de Estado, exercendo o controle social, constitui um dos modos mais eficazes para garantir a implementação de medidas que possam *efetivar a humanização da atenção à saúde*, evitando que os agentes do Poder Público, mesmo que motivados pelo princípio da beneficência terminem, na prática, assumindo *condutas paternalistas ou autoritárias*, contrárias à vontade autônoma e à liberdade das pessoas ou das comunidades.

Enfim, acredita-se que o norte da Saúde da Família deva ser dado pelos referenciais éticos *da justiça, da solidariedade e da equidade*, compreendendo-se esta como propõe a UNICEF (1998): "...prover bens e serviços, de modo diferenciado, para atender às distintas necessidades dos vários grupos populacionais, tendo em vista a redução das desigualdades de acesso."

Ao final da leitura deste texto, objetiva-se que os membros da equipe de saúde da família sejam capazes de:

- discutir a interface entre o PSF e a humanização e a ética na atenção à saúde;
- perceber a importância de se respeitar e promover a autonomia dos usuários e das famílias;
- estar alertas para a necessidade da equipe de saúde da família cultivar uma atitude de preservação da privacidade e confidencialidade das informações dos usuários e das famílias.

BIBLIOGRAFIA

- BEAUCHAMP TL, CHILDRESS JF. *Princípios de ética biomédica*. 4^{ed}. Barcelona: Masson; 1999.
- FORTES PAC. *Ética e saúde*. São Paulo: EPU; 1998.
- FRANCISCONI CF, GOLDIM JR. Aspectos bioéticos da confidencialidade e da privacidade. In: COSTA SIF, GARRAFA V, OSELKA G, coord. *Iniciação à bioética*. Brasília: Conselho Federal de Medicina; pp: 269-284, 1998.
- PESSINI L, DE BARCHIFONTAINE CP. *Problemas atuais de Bioética*. 5^a ed. São Paulo: Loyola; 2000.
- SACARDO DP. *Expectativa de privacidade segundo pessoas hospitalizadas e não hospitalizadas: uma abordagem bioética*. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo; 2001].
- UNICEF A infância brasileira nos anos 90. Brasília:UNICEF, pp.46, 1998.

LEITURAS RECOMENDADAS

- FORTES PAC *Ética, cidadania e a busca da qualidade na Administração dos serviços de saúde*. *Saúde em debate* 1996; 49-50: 48-52.
- FORTES PAC A ética do controle social na saúde e os conselhos de saúde. *Bioética* 1997; 5 (1): 71-6.
- FORTES PAC, MARTINS CL. A ética, a humanização e a saúde da família. *R. Bras. Enferm.* 2000; 53 (nº esp.): 31-33.
- GARRAFA V. *Dimensão da ética em saúde pública*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1995.
- GOUVEIA R., (org) *Saúde pública, suprema lei: a nova legislação para a conquista da saúde*. São Paulo: Mandacaru, 2000.

A Saúde da Família em Situação de Exclusão Social

Moneda Oliveira Ribeiro¹

Introdução

O tema da exclusão social tem cunho histórico e geográfico. Um grupo social está excluído segundo determinada delimitação geográfica ou em relação à estrutura e conjuntura econômica e social do país a que pertence.

No Brasil, esse tema está relacionado principalmente à situação de pobreza. Cidadãos nessa condição constituem grupos em exclusão social porque se encontram em **situação de risco pessoal e social**. Essa expressão é empregada para referir-se às pessoas, famílias e comunidades excluídas das políticas sociais básicas ou de primeira linha (trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação), o que lhes confere a condição de subcidadãos ou cidadãos de segunda classe. (COMPANHIA, 1994).

Segundo as **disposições gerais da Lei orgânica** nº 8.080 de 19/09/90, art. 2º: “A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças ou de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação.”

Entretanto, conforme está explicitado no referido artigo: “A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.”

Assim, os determinantes sociais, que condicionam a saúde dos cidadãos, constituem fatores de risco à sua saúde. Por isso, a situação de exclusão a que esse texto se refere diz respeito aos indivíduos cujos direitos sociais, quando violados, colocam em risco sua saúde e a qualidade de vida de sua família.

O reconhecimento da saúde como um direito de

cidadania, que expressa a qualidade de vida, implica mudanças nos serviços de saúde e na atuação do profissional de saúde. Este precisa incluir, em sua rotina de trabalho, ações que estreitem a relação entre a equipe de saúde e a comunidade. É preciso intervir sobre os fatores de risco a que a população está exposta. Tal empenho demanda ações em interação com os recursos que a comunidade dispõe e os serviços públicos locais (Conselho Tutelar, Escola, Igreja, etc.).

A proposta desse texto está relacionado ao programa do “enfoque de risco” desenvolvido pela OMS desde 1978 e aplicado à saúde materno-infantil. Nesse enfoque, busca-se identificar grupos sociais com maior risco de adoecer e morrer, com a finalidade de controlar e eliminar os fatores de risco. Estes podem ser: biológicos, ambientais, comportamentais, relacionados com a atenção à saúde, socioculturais e econômicos. (VALENZUELA; BENGUIGUI, 1997).

A finalidade desse texto é restringir a questão de risco à saúde referente ao item relacionado aos fatores socioeconômicos apenas e ampliar a questão à saúde de toda a família, além do enfoque materno-infantil.

Definindo o processo de trabalho

O processo do trabalho consiste em avaliar a necessidade mais urgente de grupos específicos e organizar o serviço de saúde conforme as prioridades identificadas. Consiste em uma espécie de pronto-socorro ou pronto-atendimento às famílias que correm risco de ter sua saúde comprometida por problemas sociais, decorrente da situação de exclusão.

O trabalho precisa ser organizado em passos. A primeira etapa é avaliar a necessidade de atenção de grupos específicos; a segunda é estabelecer prioridades de saúde e a terceira é elaborar intervenções para promoção, proteção ou

recuperação da saúde.

As informações podem ser coletadas por meio de entrevista com o usuário do serviço, mas é recomendável realizar visita domiciliar para obter informações mais precisas e fidedignas. As informações devem ser coletadas para planejar práticas de educação em saúde e aprimorar a qualidade do atendimento. É necessário organizar um roteiro de entrevista e de observação para a VD, conforme as peculiaridades locais. Evidentemente, os roteiros poderão ter variações para regiões distintas.

Por exemplo: indivíduos da zona urbana que, no inverno, tomam ônibus lotados e fechados estão sujeitos a infestações respiratórias; por outro lado, há os da zona rural que usam transporte aberto, mas correm risco de acidente por falta de segurança do veículo. Em ambos os casos, o roteiro deve contemplar questões para identificar se os membros da família estão sujeitos a alguma dessas situações de risco, ou seja, se estão submetidos a situações de risco por aglomerações, ou se estão submetidos a acidentes por transporte impróprio.

Seja quais forem as peculiaridades regionais, as informações básicas para identificar indivíduos em situação de risco à saúde precisam ser relacionadas aos determinantes sociais para serem identificadas como famílias em situação de exclusão social. Além disso, é preciso não perder de vista o objetivo dos programas de âmbitos nacional (no caso, o Programa de Saúde da Família) e internacional (metas dos Programas da OPAS e da OMS), como, por exemplo, a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança, bem como o Plano de Ação para esse fim no decênio de 1990. BRASIL (1996).

O incentivo à participação da comunidade no reconhecimento dos determinantes de risco aos indivíduos possibilita maior sucesso nos resultados pretendidos: porque permite maior conscientização sobre sua realidade; aumenta a solidariedade entre os indivíduos da comunidade; busca soluções alternativas; e tenta conquistar direitos violados. Qualquer proposta de intervenção deve considerar hábitos e valores da região local.

Identificando os grupos de risco

Estudo epidemiológico do território de

abrangência da unidade de saúde poderá indicar fatores de risco mais relevantes da comunidade. Os indicadores de saúde são instrumentos utilizados para realizar o estudo, sobretudo os índices de natalidade e mortalidade. Entretanto, a identificação dos fatores de risco social demanda a exploração de suas causas.

Por exemplo: Uma criança em idade escolar que trabalha e não freqüenta a escola está em situação de risco porque essa condição prejudica seu desenvolvimento. É preciso, então, investigar quais as condições socioeconômicas de sua família e buscar alternativas para suprir suas necessidades básicas e possibilitar o ingresso da criança à escola. Trata-se de um caso que precisa ser inserido no programa de promoção da saúde de famílias em situação de exclusão social.

A descoberta das causas dos fatores de risco precisa seguir alguns passos. A **primeira etapa** consiste em delimitar quais as famílias da área de abrangência da unidade de saúde que estão em situação de risco por estarem excluídas das políticas sociais de primeira linha.

O parâmetro para mapear as famílias em situação de exclusão são aquelas carentes dessas condições socioeconômicas básicas. O profissional de saúde poderá organizar os itens e subitens a serem registrados na forma de um impresso para facilitar sua visualização. Além disso, poderá acrescentar itens a fim de obter o máximo de informações referentes ao contexto das condições do grupo familiar. Assim, as famílias poderão ser identificadas em função da situação de risco em relação a(o):

Trabalho

Quais os membros da família que trabalham? Que tipo de trabalho? Exercem atividade no mercado de trabalho formal ou informal? Algum membro da família desenvolve atividades ilícitas como meio de sustento? Por exemplo, contrabando ou tráfico de drogas? Se o chefe de família está desempregado, como reage à situação? Se embriaga? Torna-se violento com esposa e filhos? Há na família crianças menores de idade que trabalham fora dos parâmetros estabelecidos por lei? Algum membro da família trabalha em condições insalubres?

Renda familiar

Qual a renda familiar? Quais as famílias que estão em **estado de indigência**? O chefe de família é o seu único provedor? Outros membros da família contribuem para a renda familiar?

Alimentação

A família recebe **cesta básica**? Sua dieta é balanceada? Há algum membro desnutrido? Há horta comunitária próximo à residência? A família é beneficiada pela horta? Aproveita adequadamente os alimentos? Conhece receitas com folhas e talos de hortaliças desprezadas nas feiras livres?

Moradia/habitação

Qual o tipo de construção da residência? Alvenaria, madeira, barro? Quantos cômodos tem? É bem arejada? Recebe iluminação natural nos compartimentos? Há iluminação artificial? É adequada para leitura? Há rede elétrica? Há umidade? Onde fica o bujão de gás? O banheiro é de uso coletivo? A higiene é adequada? Tem vizinhos próximos? Há animais domésticos?

Saneamento básico

Como é o abastecimento de água? Há água encanada, potável? A família utiliza água de poço, de rio? Como ocorre a eliminação de excretas? Há esgoto? Onde é despejado? Há latrina, foça séptica? Como se dá a coleta de lixo? Qual a periodicidade de coleta? Onde é despejado o lixo coletado? Fica a céu aberto? É incinerado? Há algum projeto de coleta e reciclagem do lixo limpo?

Educação

Qual o nível de escolaridade dos membros da família? Se a mãe trabalha, tem filhos matriculados na creche? Na família, há crianças em idade escolar? Está freqüentando a escola com regularidade? Como é o rendimento escolar da criança? Como são as condições da creche/escola das crianças? Recebem

refeição ou lanches? Há distribuição de leite?

Transporte

Qual o meio de transporte mais utilizado pelos membros da família? Há riscos de acidente? Qual a porcentagem do custo com transporte em relação à renda familiar? A família recebe auxílio-transporte? Há acesso para escolas, unidade de saúde e demais serviços da comunidade?

Serviços de saúde

A família tem acesso à unidade de saúde da região? É próxima ou afastada da residência? Todos os membros da família são matriculados no serviço? Há unidades móveis de saúde? Há atendimento de visita domiciliar?

Estabelecendo prioridades

Após identificar as situações de risco das famílias, é necessário priorizar os casos que exigem intervenção mais urgente. Assim, a **segunda etapa** implica especificar quais as famílias que estão expostas a riscos mais eminentes ou de maior gravidade ou urgência. Assim, seria pertinente classificar as famílias entre as que necessitam de medidas **urgentes, imediatas ou mediatas**.

Por exemplo: se um chefe de família está desempregado e não há outra renda familiar ou qualquer ajuda de parentes ou entidades filantrópicas, sua família encontrar-se-á em situação de risco porque estará impossibilitada de atender uma das necessidades mais básicas: a fome. Esse caso requererá medidas urgentes de promoção da saúde.

Se o provedor de outra família está desempregado mas recebe cesta básica de alguma entidade não-governamental, então, esse caso poderá ser incluído entre as situações que necessitam de medidas imediatas, mas não necessariamente urgentes. Entretanto, os dependentes desta família estão vulneráveis ao modo como seu provedor reage à sua condição. Digamos que o chefe dessa família reage tornando-se violento com seus filhos. Nesse caso, essa família deverá ser incluída entre os casos de urgência.

As violências domésticas geralmente não apresentam evidências claras de agressões. O enfermeiro, então, precisa estar atento para detectar possíveis atitudes de violência do pai ou padrasto, ou mesmo da mãe, contra as crianças através de contatos com vizinhos e suas professoras. A igreja, os amigos ou qualquer vínculo social das crianças são meios imprescindíveis para identificar essa situação de risco.

Mesmo nos casos em que não haja desemprego de algum membro da família, é importante que todas as crianças da comunidade abrangente sejam periodicamente submetidas à avaliação física, com a finalidade de detectar sinais característicos de violência doméstica. Crianças que vivem na rua em geral têm história de violência ou negligência familiar. É preciso reestruturar as famílias dessas crianças para tornar viável a reintegração de cada criança na família de origem.

O profissional de saúde precisa incluir estas crianças em seu plano de atendimento. É preciso rever o critério de se prestar atendimento na unidade de saúde somente às crianças acompanhadas pelo responsável. A criação do Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069 de 13/07/90), que regulamenta o artigo 227 da Constituição Brasileira de 05/10/88, atribui à criança a identidade de cidadã e, ainda, uma cidadã a quem o Estado, a sociedade e a família devem lhe assegurar **prioridade absoluta**. Assim, o enfermeiro pode recorrer aos Conselhos Tutelares ou Varas para a Infância e Juventude para obter autorização jurídica para cuidar da criança que se encontra fora de casa ou desacompanhada.

Intervindo para reduzir riscos

A **terceira etapa** comprehende medidas que precisam ser avaliadas caso a caso. Via de regra, o princípio básico que deve nortear essa etapa é ultrapassar os muros das Unidades Básicas de Saúde e aproximar-se mais da vida da comunidade assistida.

Considerando que a maioria das famílias brasileiras tem necessidades não-atendidas, os profissionais de saúde se depararão com diversas famílias: sem trabalho ou com salários insuficientes para seu sustento; sem moradia adequada; com filhos desnutridos; e sem escola ou em escolas com condições precárias. Nesses casos, as ações a serem

planejadas deverão incluir estímulo e participação nas lutas políticas da comunidade local. Participar, por exemplo, de reuniões promovidas por associação de moradores, com a finalidade de lutar pela saúde da comunidade, é um exercício de cidadania e consiste em uma ação para a construção de uma sociedade mais justa.

Para que o profissional de saúde tenha êxito em suas metas, é importante considerar algumas **medidas básicas**:

- Incentivar as famílias a se inscreverem nas unidades básicas de saúde mais próximas de sua residência para receberem consultas e retornos.

- Organizar ações dirigidas para a promoção da saúde de famílias com algum membro em situação de risco.

- Prover atendimento personalizado de forma diferenciada para cada indivíduo da família.

- Incluir no plano de trabalho visitas domiciliares, entrevistas individuais, atividades educativas em grupo e ações junto à rede de serviços da comunidade local.

- Realizar reuniões com a comunidade para prestar esclarecimentos e ajudá-los a solucionar problemas sociais.

- Recorrer à rede de serviços da comunidade para solicitar ajuda quando os problemas de saúde forem decorrentes da condição social da família.

- Prover integração entre distintos programas, por exemplo, a saúde da mulher e da criança.

- Capacitar-se para detectar sinais, sintomas e evidências que indiquem a ocorrência de violência física ou psicológica à criança, ao adolescente, à mulher e ao idoso.

- Providenciar condições de instalação para o atendimento individual ou em grupo (garantir privacidade, disponibilidade de tempo e horários de atendimento acessíveis).

- Mapear os serviços e instituições que podem compor a rede de suporte social (Conselhos Tutelares, as ONGs, as associações de bairro, a Igreja, as escolas e os líderes comunitários).

- Considerar todos os recursos que participam do processo saúde-doença, ainda que estejam fora da governabilidade dos serviços da comunidade, e difundi-los à população, individualmente ou em grupos.

- Registrar nos prontuários todas as intervenções realizadas e metas a curto e médio prazos.

Os prontuários devem conter o máximo de dados possível. As informações precisam ser atualizadas e acessíveis aos demais profissionais da equipe de saúde. A circulação de informação sobre as famílias atendidas pelo serviço auxilia nas reflexões e tomadas de decisão. Além disso, um prontuário detalhado, completo e organizado permite obter dados precisos para auxiliar nas investigações científicas com vistas à solução de problemas em âmbito coletivo.

Os dados de prontuários são importantes para acompanhar as famílias em situação de exclusão social para, então, definir as intervenções que visem a promoção, proteção e recuperação da saúde. De posse das informações sobre a composição, estrutura e dinâmica familiar, além dos determinantes sociais que afetam a saúde dos membros da família, o enfermeiro pode evoluir a assistência às famílias em situações de risco e traçar novas metas.

De modo geral, o profissional de saúde pode ajudar a família a suprir necessidades básicas através de soluções alternativas, em âmbito individual (solicitando auxílio a entidades filantrópicas, por exemplo), ou em âmbito coletivo (incentivando a comunidade a realizar mutirões), mas também precisa envolver-se com as reivindicações da comunidade que levam à promoção da saúde.

Concluindo

O profissional de saúde que atende a família em situação de exclusão social obterá êxito se mostrar solidariedade e real interesse em ajudar aqueles que mais sofrem. Assistir às famílias em situação de exclusão compreende um compromisso não só com o outro, mas também com a Nação. O enfermeiro pode e deve aplicar seu cuidar em campo de maior abrangência.

Tal como referem QUEIROZ; SALUM (1996), na prática, "...intervir em saúde hoje significa assumir a responsabilidade pelo monitoramento/acompanhamento das condições de saúde da totalidade da população de um determinado Sistema Local de Saúde." Os graves problemas sociais no Brasil inviabilizam o êxito da assistência prestada ao indivíduo. Como tratar uma pessoa com desnutrição, por exemplo, sem mudar suas condições materiais ou mesmo as condições de saneamento básico da comunidade à qual pertence? Por isso, é

preciso cuidar do coletivo, para que o cuidar do indivíduo seja satisfatório. Daí a necessidade de intervenções mais políticas dos profissionais de saúde.

Objetivo

Que ao final da leitura desse texto, a(o) enfermeira(o) esteja apta(o) a:

- identificar as famílias em situação de exclusão social;
- estabelecer prioridades às famílias em situação de risco mais eminente;
- elaborar, realizar e avaliar intervenções da equipe de saúde em conjunto com líderes comunitários e demais parceiros da rede de suporte social.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação Materno-Infantil. Diretrizes para implantação de programas de monitorização da criança em situação de risco. Brasília, 1996.

COMPANHIA BRASILEIRA DE METALURGIA E MINERAÇÃO. 10 medidas básicas para a infância brasileira. São Paulo, Fundação ABRINQ, 1994.

QUEIROZ, V. M. de; SALUM, M. J. L. Globalização econômica e a apartação na saúde: reflexão crítica para o pensar/fazer na enfermagem. Trabalho apresentado no 48º Congresso Brasileiro de Enfermagem, São Paulo, 1996.

VALENZUELA, C.; BENGUIGUI, Y. Atenção integral em saúde materno-infantil e seus componentes. In: OPAS Ações de Saúde Materno-Infantil a Nível Local: segundo as metas da cúpula mundial em favor da infância. Washington, 1997.



SAÚDE DA MULHER

Avaliação e Intervenção de Enfermagem na Gestação

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira¹

Emilia Saito¹

Objetivos

Subsidiar a assistência de enfermagem à gestante e identificar riscos maternos e fetais durante a gravidez.

A gravidez e o parto constituem-se em eventos essencialmente fisiológicos na vida da mulher. No entanto, caracterizam-se por provocar variadas e profundas alterações físicas e emocionais na mulher, o que requer um acompanhamento contínuo por parte da família e dos profissionais de saúde.

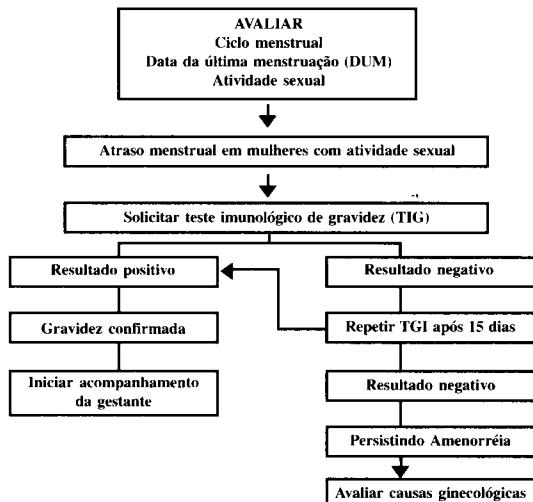
"A avaliação de risco não é uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado ao longo da gestação e do trabalho de parto. A qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mãe a um nível mais complexo de assistência".

Assistência pré-natal:

É competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família desde o primeiro contato na unidade de saúde ou na própria comunidade. O termo acolhimento deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo como novo ser. Nesse sentido, devem ser valorizadas as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal. Para tanto, recomenda-se utilizar estratégias, como a escuta aberta, sem julgamentos e sem preconceitos, e o diálogo franco, permitindo à mulher falar de sua intimidade com segurança, expressar sua dúvida e necessidades, possibilitando assim, o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo profissional-cliente.

Diagnóstico da gravidez

O Ministério da Saúde preconiza o diagnóstico da gravidez por meio dos seguintes passos:



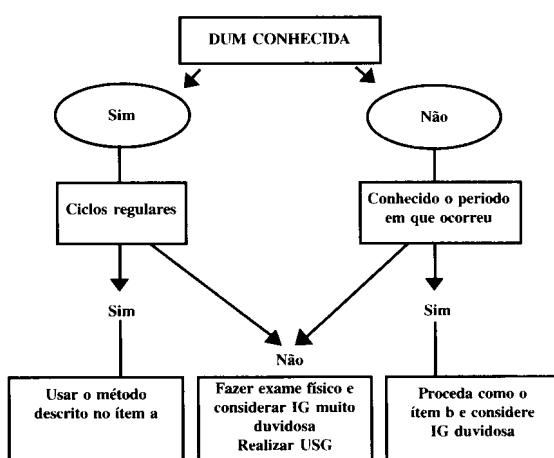
O *diagnóstico da gravidez* é presumido por meio de queixas, tais como: náuseas e vômitos, sensibilidade mamária, polaciúria e constipação e, mais tarde, pelo aumento do volume abdominal. O exame vaginal também possibilita a detecção da gravidez mediante o achado de alterações quanto à consistência do colo uterino, que se torna bastante amolecido, lembrando a consistência de lábios, ao invés de cartilagem. Após a 8^a semana, observa-se coloração arroxeadada do vestíbulo e da parede anterior da vagina devido à congestão venosa local.

O *diagnóstico laboratorial da gravidez* é baseado no encontro do hormônio gonadotrófico coriônico na urina ou no sangue materno, sendo que o exame do sangue da mulher permite o diagnóstico precoce da gravidez, pois esta pode ser confirmada 10 dias após a sua fecundação, ou seja, 4 dias antes da falha menstrual. Em geral, nas unidades básicas é realizado o exame de urina após 2 a 3 semanas do atraso menstrual.

Confirmada a gravidez, torna-se necessário o cálculo da idade gestacional (IG). O método recomendado pelo Ministério da Saúde leva em consideração a data da última menstruação (DUM) ser conhecida ou não pela mulher. Calcula-se a data provável do parto (DPP) tomando por base o fato da gravidez normal durar, em média, 280 dias ou 40 semanas a partir da DUM.

meio da visita domiciliar. Nesta consulta, deve ser efetuado um plano de acompanhamento da gravidez, obedecendo o intervalo de 4 semanas até a 32^a semana de gravidez; 2 semanas da 32^a à 36^a semana e, semanalmente, após a 36^a semana.

Nesta ocasião, deve-se realizar a anamnese da gestante com o levantamento de dados, conforme roteiro proposto pelo Ministério da Saúde, que segue:



Item a: quando a DUM é conhecida: somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar 9 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação, ou o uso do calendário: contar o número de semanas a partir do primeiro dia da DUM para se obter a IG atual em cada consulta, e a DPP corresponde ao final da 40^a semana.

Item b: quando a DUM é desconhecida: se o período foi no início, meio ou fim do mês, considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, respectivamente; proceder, então, à utilização de um dos métodos descritos no item a.

Considera-se sinal de certeza da gravidez, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) pelo Sonar-Doppler a partir da 10^a semana e com o uso do estetoscópio de Pinard a partir da 18-20^a semana, sendo que nos primeiros meses, localiza-se logo acima da sínfise púbica.

Primeira consulta

Elá deve ocorrer o mais precocemente possível e pode ser realizada na unidade básica de saúde ou por

História clínica

- Identificação (idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual).

- Dados socioeconômicos (grau de instrução, profissão/ocupação, situação conjugal, número e idade de dependentes, renda familiar per capita, pessoas da família que participam da força de trabalho, condições de moradia e condições de saneamento).

- Motivos da consulta (assinalar se foi encaminhada ou se procurou diretamente a unidade, se existir alguma queixa, registrá-la).

- Antecedentes familiares (especial atenção à hipertensão arterial, diabetes, doenças congênitas, gemelaridade, câncer de mama, hanseníase, tuberculose e outros, anotar a doença e grau de parentesco).

- Antecedentes pessoais (especial atenção à hipertensão arterial, diabetes, cardiopatias, doenças renais crônicas, anemia, transfusões de sangue, doenças neuropsíquicas, herpes e rubéola, alergias, hanseníase, tuberculose e cirurgias, registrando o tipo e a data).

- Antecedentes ginecológicos (ciclos menstruais: duração, intervalo e regularidade; uso de métodos anticoncepcionais: quais, por quanto tempo e motivo do abandono; infertilidade e esterilidade, anotar tratamento; doença sexualmente transmissível, incluir o parceiro; mamas; alteração e tratamento; última data de realização de Papanicolau).

- Sexualidade (início da atividade sexual; desejo sexual; orgasmo; dispareunia; prática sexual nesta gestação ou nas anteriores; número de parceiros).

- Antecedentes obstétricos (número de gestações, incluindo abortos, gravidez ectópica e mola hidatiforme; números, tipos, indicações e local de ocorrência dos partos; números e tipos de abortamentos, se foi feita curetagem; número de filhos vivos; idade na primeira gestação; intervalo interpartal; número e intercorrências dos recém-

nascidos; intercorrências nas gestações, partos e puerpérios anteriores; história de aleitamento anterior).

- Gestação atual (data do primeiro dia/mês/ano da DUM, anotar certeza ou dúvida; calcular DPP; data da percepção dos primeiros movimentos fetais; sinais e sintomas da gestação; uso de medicamentos, fumo, álcool e drogas; planejamento da gravidez; esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos nocivos pela atividade ocupacional).

Exame físico

- Geral (avaliar peso e estado nutricional da gestante*; verificar a estatura; determinar a freqüência cardíaca, pressão arterial e temperatura; inspecionar pele e mucosa; palpar a tireóide e gânglios inguinais; prosseguir obedecendo a seqüência céfalo-caudal).

- Específico: gineco-obstétrico (exame de mamas; medida da altura uterina; realizar manobra de palpação - vide a técnica descrita no capítulo *Avaliação e intervenção de enfermagem no parto normal sem intercorrências*; ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF); inspeção dos genitais externos e internos, através do exame especular e eventual coleta de material para exame colpocitológico, caso a última avaliação exceda um ano; toque vaginal).

*Avaliação do peso e estado nutricional da gestante

Caso a gestante conheça seu peso pré-gravídico, o aumento de peso poderá ser controlado tomando como referência os valores do gráfico de curva de peso/idade gestacional do cartão da gestante proposto pelo Ministério da Saúde. Conhecendo a semana de gestação, diminui-se do peso atual da gestante o peso pré-gravídico, obtendo-se o aumento de peso para essa IG. O valor será registrado no gráfico mencionado acima. O limite normal máximo é percentil 90 e o mínimo 25. Quando o valor do aumento de peso for maior que o percentil 90, ou se estiver abaixo do percentil 25, considera-se casos anormais, devendo a gestante ser encaminhada para consulta médica, devido à possibilidade de caracterizar alto risco. Se a gestante não souber seu peso pré-gravídico, pode-se controlar o aumento de peso por semana, aceitando como normal um aumento médio de 400g por semana no segundo trimestre e de 300g no terceiro.

Medida da Altura Uterina

Posicionar a gestante em decúbito dorsal (DD), com abdome descoberto. Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino. Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica passando a mesma entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir a região do fundo uterino. Anotar a medida na curva de altura uterina/idade gestacional contida no cartão da gestante e demais impressos, se existirem (figuras 1 e 2).



Figura 1

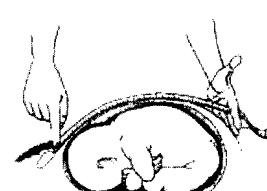
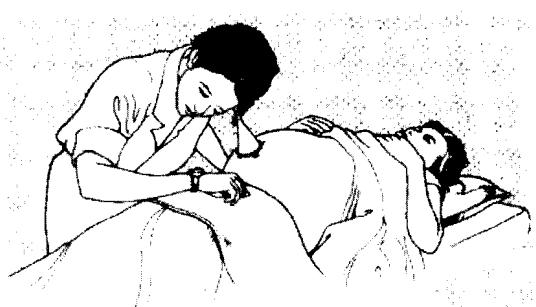


Figura 2

Ausculta do bcf com estetoscópio de Pinard

Realizar a palpação identificando o dorso fetal. Segurar o estetoscópio de Pinard encostando a extremidade mais ampla no local previamente identificado como sendo do dorso fetal. Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio. Fazer com a cabeça uma leve pressão sobre o estetoscópio e retirar a mão que o segura. Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCF. Contar os BCF por um minuto, observando freqüência (normal de 120 a 160) e ritmicidade. Em casos de valores abaixo de 100 ou dúvida, consultar o pulso materno concomitante, considerando que as freqüências são diferentes. Proceder a anotação (figura 3).



Em relação aos antecedentes ginecológicos, a história menstrual é de suma importância, pois dela depende o cálculo da idade gestacional e da data

provável do parto, assim como para o acompanhamento e o planejamento da assistência na gestação e parto. Neste sentido, é necessário caracterizar a última perda sanguínea quanto à sua duração, o intervalo com a menstruação anterior e a quantidade da perda. Considerar, ainda, todos os fatores externos que podem interferir na regularidade do ciclo menstrual, como o uso de anticoncepcional hormonal e o fato de estar amamentando, entre outros. Para efeito de cálculo da idade gestacional, considerar a periodicidade dos contatos sexuais e o emprego de outros métodos anticoncepcionais e suas possíveis falhas.

Acompanhamento pré-natal

O acompanhamento pré-natal deve contar com o apoio laboratorial da unidade básica de saúde para a realização da dosagem de hemoglobina; grupo sanguíneo e o fator Rh, e se este for negativo, o teste de Coombs Indireto; sorologia para sífilis; glicemia em jejum; exame sumário de urina (Tipo 1); colpocitologia oncocítica e teste anti HIV.

Em relação às consultas subseqüentes, seguir roteiro preconizado pelo Ministério da Saúde:

- Revisão dos dados da ficha da gestante e anamnese atual.
- Cálculo e anotação da IG.
- Controle do calendário de vacinação antitetânica: a primeira dose deve ser precoce; a segunda, 60 dias depois da primeira (tentando respeitar o limite de 20 dias antes da DPP) e a terceira, 60 dias após a segunda.
- Exame físico geral e gineco-obstétrico: determinar o peso; calcular o ganho de peso e anotar no gráfico; verificar pressão arterial; inspecionar pele e mucosa, atentar para a presença de edema; avaliar mamas; palpar e medir altura uterina; auscultar BCF. realizar toque vaginal e outros exames, se necessário.
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessário.
- Realizar ações e práticas educativas (individual ou em grupo).
- Agendamento de consultas subseqüentes.

A gestação constitui-se em uma fase propícia ao desenvolvimento de ações educativas voltadas à manutenção da saúde. Essas ações podem ser desenvolvidas individualmente, nos casos de atendimento domiciliar, mas nas situações de

acompanhamento pré-natal nas unidades básicas de saúde, a enfermeira deve considerar o desenvolvimento de orientações em grupo por facilitar a troca de experiência. Os temas a serem abordados nessas ocasiões, em geral, referem-se aos cuidados com as mamas, vestuário, higiene corporal, exercícios físicos e atividade sexual, entre outros.

Cuidados com as mamas: a gestante que pretende amamentar deve fortalecer os mamilos por meio de exposição ao sol, iniciando com breves períodos de 5 minutos, aumentando progressivamente o tempo de exposição para até 15 minutos por dia: pela manhã e no final de tarde. Os mamilos quando poucos salientes devem ser massageados diariamente por meio de apreensão desde a sua base, com os dedos de uma das mãos, tracionando-o levemente. A contenção e sustentação das mamas é importante para evitar desconforto.

Higiene corporal: a gravidez não contra-indica o banho diário e as demais medidas de higiene; entretanto, deve-se evitar as duchas vaginais, exceto haja infecção do trato vaginal que necessite desse tratamento.

Atividade sexual: depende do casal, podendo ser mantida durante toda a gravidez, exceto na presença de sangramento vaginal, particularmente em mulheres com história de abortamentos anteriores, ameaça de parto prematuro e multíparas com colo uterino permeável, pois favorece a rotura das membranas amnióticas.

Queixas mais freqüentes na gravidez e condutas

Náuseas, vômitos e tonturas (sintomas comuns no início da gestação): orientar a gestante para fracionar dieta (seis refeições leves ao dia), evitar frituras, gorduras, alimentos com odores fortes ou desagradáveis, líquidos nas refeições e ingerir alimentos sólidos pela manhã antes de levantar; encaminhar para consulta médica em casos de vômitos freqüentes.

Pirose (azia): orientar para evitar frituras e fumo, além da ingestão de café, chá preto, mates, doces, álcool; fracionar a dieta e ingerir leite frio. Se necessário, encaminhar ao médico.

Dor abdominal, cólicas ou lombalgias: certificar-se de que não sejam contrações uterinas; se elas forem de breve duração e poucas, recomenda-se repouso e Buscopan simples por não representar risco de parto

prematuro; uso de cinta, se existir flacidez de parede abdominal; aplicação de calor local e fazer massagem; exercícios diários para tonificar e manter a força muscular; evitar usar sapato de salto muito alto; dormir em colchão firme; corrigir postura.

Cefaléia: a causa mais comum é a tensão emocional. Afastar a possibilidade de pré-eclâmpsia após 20 semanas de gestação; conversar com a gestante sobre tensões e medos; encaminhar para avaliação médica, caso persista a queixa.

Edema: quando limitado aos tornozelos, decorre da pressão da veia cava inferior pelo útero, principalmente no final da gravidez; orientar para manter repouso em decúbito lateral ou com os MMII elevados. Na presença de edema generalizado ou de face e mãos, estar alerta para a possibilidade de pré-eclâmpsia; adotando dieta hipossódica e repouso; nos casos de associação com cefaléia a aumento de pressão arterial, encaminhar para avaliação médica.

Flatulência e constipação intestinal: adotar dieta rica em resíduos (frutas cítricas, verduras, mamão, ameixa e cereais integrais); aumentar a ingestão de líquidos; evitar alimentos de alta fermentação (repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar); encorajar exercícios e caminhadas.

Corrimento vaginal: explicar que o aumento de fluxo vaginal é comum e normal na gestação; não há necessidade de cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal; agendar consulta médica se ocorrer leucorréia de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, ou caso haja prurido.

Queixas urinárias: explicar que o aumento do número de micções é comum no início e final da gravidez; agendar consulta médica, caso exista dor ao urinar ou hematúria, com ou sem febre.

Varizes: evitar ficar de pé por tempo prolongado e reposar elevando os MMII; recomendar o uso de meias elásticas.

Câimbras: orientar a gestante ficar de pé e descalça em superfície fria; massagear o músculo contraído e aplicar calor local.

Intercorrências e complicações na gestação

A hemorragia vaginal é um dos sinais de várias intercorrências e complicações da gestação, sendo que pode ocorrer desde o seu início até o final. Na primeira metade da gestação, o sangramento é, geralmente, devido ao aborto e à prenhez ectópica.

O aborto é a perda ou a interrupção antes da 20^a-22^a

semana; dito precoce quando ocorre até a 15^a semana e tardio, entre a 13^a a 22^a semana de gravidez. O diagnóstico é feito através da perda sanguínea e queixa de cólicas no abdome inferior e/ou dor lombar. A caracterização do quadro doloroso é importante para identificar ameaça de aborto (sangramento vaginal, colo uterino impérvio e ausência de contrações uterinas dolorosas) ou aborto inevitável.

A **prenhez ectópica** é a implantação e o desenvolvimento do ovo fora da cavidade uterina. O seu diagnóstico baseia-se na avaliação clínica. Ao ocorrer o rompimento do saco ovular e/ou da tuba, é acompanhado de dor abdominal aguda, tontura, vertigens e, eventualmente, choque hemorrágico, além de caracterizar uma urgência. A conduta é geralmente cirúrgica.

Nos casos de aborto e prenhez ectópica, a primeira providência é encaminhar a gestante para um serviço que tenha possibilidade de realizar ultra-sonografia e avaliação médica. A urgência deste encaminhamento está na dependência da avaliação do quadro clínico da mulher pelo profissional.

Outra patologia comum durante a gravidez é a **hipertensão arterial**, que consiste no aumento de 30 mmHg na pressão sistólica e 15 mmHg na diastólica, quando se conhecem os níveis pressóricos anteriores à 20^a semana de gravidez, ou pressão arterial maior ou igual a 140x90 mmHg. É identificada pela tríade *hipertensão arterial, proteinúria* (+ ou mais em amostra isolada ou acima de 300 mg em 24 horas) e *edema*, principalmente de mão e face, de aparecimento súbito, sendo denominada de pré-eclâmpsia. A ocorrência da crise convulsiva e/ou coma caracteriza a eclâmpsia.

Os fatores de risco da pré-eclâmpsia são antecedentes familiares e pessoais de pré-eclâmpsia/eclâmpsia; a primeira gestação; gestação gemelar; diabetes; hipertensão arterial crônica; nefropatia; lúpus e mudança de parceiro. A conduta a ser estabelecida deve considerar a idade gestacional e a gravidade do quadro, podendo ser o acompanhamento ambulatorial ou com a gestante internada; portanto, requer uma avaliação médica. Considera-se pré-eclâmpsia grave quando presente um ou mais dos seguintes critérios: pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg; proteinúria igual ou maior a 2 g/l em 24 horas; dor epigástrica, oligúria (menor que 500ml/dia ou 15 ml/hora), cefaléia, escotoma e alteração de comportamento.

A hipertensão arterial na gravidez tem graves repercussões sobre o feto, sendo necessário, pois, avaliar a sua vitalidade através da contagem dos seus

movimentos. Deve-se orientar a gestante, a partir da 28^a semana, a contar os movimentos fetais durante uma hora, uma vez ao dia, associando com o almoço ou o jantar. Considera-se normal acima de 12 movimentos fetais/hora; são sinais de alarme (que requer encaminhamento), valores menores que 12 movimentos fetais/hora em duas tomadas sucessivas ou redução em 50% dos movimentos fetais em relação à medida anterior.

A gravidez pode não evoluir até o período aprazado pelo desencadeamento das contrações uterinas na freqüência de 2 em 10 minutos; acompanhada de esvaecimento do colo e dilatação cervical maior que 2 cm, no período entre a 22^a e 37^a semana, caracterizando o trabalho de parto prematuro.

Outra possibilidade é a **gestação prolongada**, quando a idade gestacional ultrapassa 40 semanas. Assim, para diagnóstico certo, considerar a possibilidade de erro por irregularidade menstrual, uso de anticoncepcional hormonal e lactação. Nos casos de gestação com IG acima de 42 semanas, confirmada pela ultra-sonografia precoce, é indicada a interrupção da gestação, devendo ser encaminhada para instituição hospitalar. Quando a IG está entre 40 e 41 6/7 semanas, avaliar a vitalidade fetal através da contagem da movimentação fetal descrita anteriormente; nos casos de normalidade, aguardar o trabalho de parto e, quando alterada, encaminhar para maternidade.

Na segunda metade da gravidez, a hemorragia também pode ocorrer, devendo-se fazer o diagnóstico diferencial entre placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.

O sinal principal da **placenta prévia** é o sangramento vaginal indolor de início súbito, vermelho vivo, em geral em pequena quantidade, sendo episódico, recorrente e progressivo. Não se verifica alteração do volume ou tônus uterino ao exame obstétrico.

A conduta na placenta prévia depende da vitalidade do feto, localização da placenta, quantidade do sangramento vaginal e idade gestacional. Assim, torna-se necessário o encaminhamento para um serviço que disponha de exame ultra-sonográfico (que possibilita o diagnóstico de certeza e localiza a placenta) e avaliação médica para uma eventual conduta intervencionista.

O **descolamento prematuro de placenta** é a separação intempestiva e prematura da placenta do seu sítio de implantação, após a 20^a semana de gestação. Geralmente, a sua ocorrência deve-se a um traumatismo. O diagnóstico é realizado através do exame clínico e anamnese. Nas formas graves, evidencia-se a dor

localizada, repentina e intensa, em geral no fundo uterino, hipertonia seguida de perda sanguínea. Quadros iniciais podem dificultar o diagnóstico e devem ser valorizados.

O encaminhamento para um serviço torna-se necessário devido aos riscos maternos, que podem ser desde a hipotensão arterial até o choque hipovolêmico, e fetais, de anormalidade na ritmocidade e/ou freqüência dos batimentos cardíacos até o óbito fetal, caracterizando uma urgência.

Outra intercorrência da gravidez é a rotura da bolsa amniótica antes da instalação do trabalho de parto (ocorrência de, pelo menos, 2 contrações uterinas em 10 minutos), denominada de **amniorrexis prematura**. O diagnóstico baseia-se na informação sobre perda de líquido amniótico súbita e em grande quantidade ou em pequena quantidade e recorrente. A conduta clínica implica na vigilância de parâmetros indicadores de infecção. Na confirmação do quadro infeccioso, recomenda-se a interrupção da gravidez, devendo ser encaminhada ao hospital. Na ausência de sinais de infecção, encaminhar também para o serviço que disponha de um especialista para avaliação e conduta.

Ao término da leitura desse texto, a enfermeira deve ser capaz de:

- enumerar os passos para a confirmação do diagnóstico da gravidez;
- calcular a idade gestacional e a data provável do parto
- realizar o acompanhamento pré-natal da gestante de baixo risco;
- citar os sinais e sintomas do aborto, da prenhez ectópica, da hipertensão arterial na gravidez, da gestação prolongada, da placenta prévia, do descolamento prematuro da placenta e da amniorrexis prematura;
- implementar a conduta apropriada para cada uma das intercorrências e complicações citadas acima.

BIBLIOGRAFIA

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal. 3^a ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco. 3^a ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Urgências e emergências maternas. Brasília, 2000.

DST/AIDS, sexualidade da mulher e autocuidado

Neide de Souza Praça¹

As infecções do trato reprodutivo feminino originam-se nos genitais externos, vagina e colo do útero, podendo ascender até o útero, trompas e ovários.

A maior parte das infecções que acometem estas áreas é transmitida por relações sexuais e caracteriza as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), as quais, por sua vez, são um dos importantes fatores de risco para a infecção pelo HIV.

As infecções do trato reprodutivo envolvem lesões ou ferimentos abertos, ulcerações ou irritações localizadas na pele e mucosas que facilitam a penetração do HIV nos tecidos e, em seguida, na corrente sanguínea. Instalando-se nesta região, o vírus da Aids pode viver nas células e se replicar, aumentando, assim, a quantidade de HIV presente no aparelho reprodutivo feminino, bem como aumentar o risco de sua transmissão para o parceiro.

As várias infecções do trato reprodutivo podem interagir com o HIV e desta interação resulta a potencialização mútua, pois:

- A presença de infecção do trato reprodutivo aumenta a chance de a mulher adquirir e transmitir HIV sexualmente;
- A presença de HIV aumenta a chance de a mulher adquirir e transmitir algumas infecções do trato reprodutivo, bem como faz com que algumas infecções aí localizadas tornem-se mais sérias e difíceis de tratar;
- O HIV pode progredir mais rapidamente caso certas infecções do trato reprodutivo estiverem presentes.

É necessário, portanto, se considerar a relação entre a infecção pelo HIV e por outros agentes causadores de DST. Estas são altamente prevalentes em nosso meio e podem acarretar sérios danos à saúde da mulher. Eis algumas razões pelas quais as infecções do trato reprodutivo facilitam a penetração do HIV pela relação sexual desprotegida com um parceiro infectado:

Úlceras: quando presentes levam à perda da proteção tegumentar local.

Verrugas: causam friabilidade da mucosa, levando à formação de microfissuras neste tecido.

Ectrópios e mínimas lesões traumáticas da mucosa vaginal: formam uma solução de continuidade entre o ambiente vaginal e a circulação sanguínea.

A mulher climatérica, por deficiência hormonal, apresenta o epitélio vaginal mais delgado e, por consequência, é mais suscetível às infecções do trato reprodutivo.

A seguir, serão apresentadas as principais Doenças Sexualmente Transmissíveis. As manifestações próprias de cada condição e a assistência de enfermagem específica também constarão desta apresentação. Cabe destacar que, na sequência, serão elencados os procedimentos que deverão ser adotados para todos os casos.

Doenças ulcerosas

São DST que causam úlceras ou feridas nas áreas genital, anal e vaginal (Quadro 1). Há amplas evidências de que sua presença facilita grandemente a transmissão do HIV. As lesões que provocam afetam a função imunológica e são mais graves e difíceis de tratar em indivíduos com HIV. Cabe destaque para a sífilis, doença ulcerosa, cuja média de prevalência entre as mulheres grávidas, no Brasil, é estimada pelo Ministério da Saúde entre 3,5% a 4%. Outro dado a se considerar é o índice de mortalidade por sífilis congênita no período de 1979 a 1990, que variou de 70 a 100 por milhão de nascidos vivos, sendo maior o número de casos nas regiões Norte e Nordeste.

QUADRO I

Doença	Agente Causador	Forma de Contágio	Sinais e Sintomas	Assistência de Enfermagem
Herpes Genital	Herpes vírus (HSV1 ou HSV2)	<ul style="list-style-type: none"> Contato cutâneo-mucoso com paciente portador de lesão, na presença de solução de continuidade Contato com fluidos Secreção cervical, uretral e/ou salivar de indivíduos assintomáticos 	<ul style="list-style-type: none"> Cachos de vesículas na área genital Febre, cefaléia, dor muscular e/ou dor localizada, ardência e/ou dor ao urinar, parestesias, adenopatias regionais dolorosas (inguas) Evolução para erosão dos cachos de vesículas Possível sobre-infecção das lesões Mucosa cérvico-vaginal com aspecto eritematoso, com edema e com erosiões dolorosas Podem ocorrer recidivas com cache único de vesículas que involui espontaneamente em 4 a 7 dias 	<ul style="list-style-type: none"> Limpeza local das lesões com solução fisiológica ou água borricada a 3% (p/ alívio) Fazer seguimento da mulher a cada 3 dias até a involução completa das lesões
Cancro Mole	Haemophilus ducreyi	<ul style="list-style-type: none"> Contato sexual direto com secreção de lesão ulcerada ou pus de gânglio inguinal Há portador assintomático 	<ul style="list-style-type: none"> Pápulo-pústula no local de inoculação, 2 a 3 dias após da origem à ulceração dolorosa, muitas vezes múltipla, de fundo purulento ou necrótico, de odor fétido e sem endurecimento de base, sanguíneo à manipulação Adenopatia (íngua) 	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para aspiração dos gânglios comprometidos Orientar higiene freqüente da área genital Indicar abstinência sexual até a total remissão das lesões Fazer seguimento da mulher a cada 7 dias até a involução completa das lesões genitais
Linfogranuloma venéreo	Chlamydia trachomatis	<ul style="list-style-type: none"> Contato sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Reação inflamatória no local da inoculação: pequena erosão, pápula ou úlcera diminuta e indolor Desaparecimento em poucos dias A lesão pode se localizar na parede vaginal posterior, no colo uterino, na fúrcula e/ou na genitália externa Lesão oculta na cervix pode causar secreção mucopurulenta Sensação de peso e turgidez perineais (pelo comprometimento dos linfonodos inginais) Após alguns meses de processo supurativo dos linfonodos, poderão ocorrer focos de abcessos e fistulas 	<ul style="list-style-type: none"> Suspeitar da infecção diante de sangramento na mucosa cervical à coleta de material para Papanicolaou Orientar higiene pessoal com lavagem freqüente dos genitais orientar adoção de camisinha nas relações sexuais
Sífilis	Treponema pallidum	<ul style="list-style-type: none"> Contato sexual, vertical 	<ul style="list-style-type: none"> s. primária: Lesão no local de inoculação que pode durar de 1 a 20 dias geralmente é lesão única, em área genital ou oral, com 1 a 2 cm, indolor, com secreção serosa, escassa, que extravasa à leve pressão s. secundária: Manchas não ulceradas ocorrem na pele e mucosas, na região palmar e plantar, após 4 a 8 semanas do aparecimento da primeira lesão Comprometimento de gânglios e meninges (associada a cefaléia) Agrupamento e localização das lesões nas regiões genital, anal, axilar, espaços interdigitais e pregas submamárias Podem ocorrer múltiplas lesões papulosas, de aspecto aveludado, marrom pálido ou rosa, confluentes e secretantes s. terciária: Ocorre após 3 a 12 anos da inoculação Compromete tecidos ósseo, visceral e neurológico 	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar a mulher e seu(s) parceiro(s) para diagnóstico e tratamento Promover reuniões com casais e orientar sobre mudança de atitudes e de práticas que os tornam suscetíveis ao agravio Fazer visita domiciliar mensalmente, por até 3 meses, pesquisando condições da pele e realizando exame ginecológico para avaliar o resultado do tratamento

Doenças verrugosas: Dentre elas destaca-se o condiloma acuminado. As mulheres soropositivas para o HIV são de alto risco de infecção pelo seu agente causador. Nas, o vírus manifesta-se sob a

forma de lesões extensas e recidivantes ou sob a forma de neoplasia intra-epitelial cervical; uma síntese dessas doenças pode ser encontrada no Quadro II, a seguir.

QUADRO II

Doença	Agente Causador	Forma de Contágio	Sinais e Sintomas	Assistência de Enfermagem
Condiloma acuminado (verruga genital, crista de galo)	Papilomavírus humano (HPV)	• Contato sexual, oral e/ou vertical (da mãe para o feto)	• Verrugas de tamanho variado, isoladas ou múltiplas, indolores e/ou com coceiras que disseminam-se rapidamente em áreas úmidas. Localizam-se nas mucosas e regiões bucal, perianal e genital	<ul style="list-style-type: none"> encaminhar para tratamento fazer acompanhamento da mulher após o tratamento orientar o casal sobre a possibilidade de cicatrizes provocadas pelo tratamento realizar exame ginecológico no 3º e no 6º mês após a conclusão do tratamento (p/ pesquisar recidivas) nas recidivas, encaminhar a mulher para colposcopia orientar e encaminhar a mulher para realizar colpocitologia oncológica (papanicolau) anualmente após tratamento e na ausência de recidivas reforçar orientação para prevenção de outras DST e HIV/AIDS orientar parceiros para procurar serviço médico para diagnóstico e tratamento estimular uso de camisinha nas relações sexuais diante de lesões bucais, encaminhar a mulher para um especialista (dermatologista, estomatologista, odontólogo, patologista oral ou otorrinolaringologista) para diagnóstico e tratamento fazer seguimento por 3 a 6 meses da conclusão do tratamento pesquisando recidivas diante de recidivas, encaminhar novamente a mulher ao especialista para nova avaliação

Doenças sexualmente transmissíveis não ulceradas.

Também são fatores de risco para a transmissão do HIV, notadamente a infestação vaginal pelo *Trichomonas vaginalis* e endocervical pela *Neisseria gonorrhoea*. A tricomoníase associa-se fortemente a outras DST e é considerada como fator de risco para a transmissão heterossexual do HIV devido ao

processo inflamatório local que ocasiona.

Por outro lado, a candidíase é mais freqüente na mulher HIV positivo. Por este motivo, deve-se suspeitar de soropositividade para o HIV diante de manifestações fúngicas recorrentes e ao que não respondem ao tratamento. Uma síntese dessas patologias pode ser visualizada no Quadro III, a seguir.

QUADRO III

Doença	Agente Causador	Forma de Contágio	Sinais e Sintomas	Assistência de Enfermagem
Tricomoníase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	• Contato sexual	<ul style="list-style-type: none"> Secreção vaginal bolhosa, amarelo-esverdeada, fétida Eritema vulvar e vaginal Mucosa vaginal com aspecto "em framboesa" Pode haver queixa de desconforto, dor à relação sexual, à micção e/ou abdominal, frequência aumentada de micção 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar higiene pessoal mais freqüente orientar uso de absorvente ou penos perineais para maior conforto Orientar uso de roupas que facilitem a ventilação local Orientar uso de roupas mais folgadas e de algodão Orientar a não ingerir bebida alcoólica durante o tratamento e até 24 h após a sua conclusão Orientar ingestão de medicamentos às refeições
Gonorréia (blenorragia)	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	• Contato sexual	<ul style="list-style-type: none"> Abundante secreção vaginal amarelo-esverdeada, espessa Sensação de calor e ardência e/ou dor ao urinar Frequência aumentada de micção Prurido vaginal (coceira) Assintomática em 70% dos casos Sua cronicidade pode levar a doença inflamatória pélvica, esterilidade, gravidez ectópica, dor pélvica crônica e disseminação hematogênica 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar higiene freqüente da região genital Orientar uso de absorvente ou penos perineais para maior conforto Orientar para uso de roupas mais folgadas e de algodão Orientar uso de roupas que facilitem a ventilação local

QUADRO III

<i>Doença</i>	<i>Agente Causador</i>	<i>Forma de Contágio</i>	<i>Sinais e Sintomas</i>	<i>Assistência de Enfermagem</i>
Candidíase Vaginal (monilíase)	Cândida albicans (80 a 90% dos casos)	• Fungo habita a flora vaginal	• Fluxo vaginal espesso, com aspecto de coalho, branco, com coceira, com aderência às paredes vaginais e à cervix. • Hiperemia e edema vulvar e perineal • Dor na relação sexual	• Orientar medidas de sexo mais seguro (descritas adiante) • Orientar para evitar uso de roupas que reduzam a ventilação e que aumentem a umidade local (produzidos por tecidos sintéticos, roupas muito justas) • Orientar uso de roupas de algodão • Orientar para evitar uso de talco ou outros produtos perfumados orientar para evitar uso abusivo de antibióticos
Vaginose Bacteriana	gardnerella vaginalis (mais comum)	.	corrimento vaginal fluido, acinzentado, fétido, mais acentuado após relação sexual	• Orientar medidas para alívio: uso de absorvente e higiene genital mais frequente • Orientar para evitar uso de roupas que reduzam a ventilação e que aumentem a umidade local • Orientar uso de roupas de algodão • Orientar para evitar uso de talco ou outros produtos perfumados

As lesões causadas pelas DST, das quais citamos as mais comuns, facilitam a penetração do HIV no trato reprodutivo feminino, assim como suas manifestações são mais resistentes ao tratamento e se apresentam com maior gravidade na mulher soropositiva para o HIV.

Ao abordar a condição da mulher como indivíduo sujeito a infectar-se com agentes causadores de DST/Aids, não se pode excluir a possibilidade de que esta manifestação esteja presente durante a **gravidez**. Nesta situação e na dependência do pronto-atendimento da mulher e de sua adesão ao tratamento, poderá ou não haver comprometimento fetal. Para conhecer o risco de infecção do feto, **consultar o Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis**.

Procedimentos de enfermagem

As considerações anteriores levam-nos a apontar como uma das prioridades da enfermeira na atenção à saúde da mulher a prevenção e a identificação precoce das Doenças Sexualmente Transmissíveis, de modo a oferecer tratamento adequado diante de cada especificidade de acometimento. Para tanto, ao profissional enfermeiro cabe:

- identificar a presença de lesões no trato reprodutivo feminino;
- considerar a existência de queixas da cliente;
- realizar exame físico, devendo constar de:

- inspeção da genitália externa (fazendo uso de luvas de procedimento): estando a mulher em decúbito dorsal, com os joelhos fletidos e as pernas afastadas (posição ginecológica), efetuar a inspeção da vulva, períneo e ânus, verificando a disposição dos pêlos, a integridade da pele e presença de lesões ou tumorações.

- inspeção dos lábios vaginais que deverão ser afastados e inspecionados quanto à integridade, coloração, presença e aspecto de lesões e/ou secreções.

- com a mulher em decúbito dorsal horizontal, realizar palpação bilateral da região inguinal, para identificar infartamento linfonodal.

Na presença de lesões ou tumores, observar o aspecto e verificar presença ou não de dor, secreção, bem como as características desta. Deverá associar os dados obtidos aos sinais próprios de cada DST.

Na presença de queixa de corrimento vaginal, o profissional de enfermagem deverá observar o aspecto da secreção, o odor e a quantidade, associando os dados aos sinais próprios de cada DST.

Diante da suspeita de DST ou de sua confirmação, o enfermeiro deverá adotar os seguintes procedimentos:

- Pesquisar presença de outras DST que possam estar associadas.
- Encaminhar a mulher para confirmação do diagnóstico e tratamento medicamentoso.

- Verificar a existência de queixas relacionadas aos órgãos genitais externos do parceiro.
- Identificar o parceiro ou contatos da mulher infectada.
- Contatar o(s) parceiro(s) e orientá-lo(s) quanto à possibilidade de estar infectado(s) e aos riscos para sua saúde e disseminação da doença.
- Encaminhar o(s) parceiro(s) para confirmação do diagnóstico e tratamento medicamentoso.
- Simultaneamente ao encaminhamento, a mulher e seu(s) parceiro(s) deverá(ão) ser orientado(s) quanto à abstinência sexual ou uso de preservativo enquanto durar o tratamento de ambos.
- Verificar e orientar procedimentos de higiene pessoal de ambos os parceiros.
- Orientar **medidas de sexo seguro** a todos os casais, tais como:
 - reforçar a importância do uso do preservativo (camisinha, condom) em todas as relações sexuais, mesmo com parceiro único.
 - informar sobre o preservativo feminino, viabilizando seu uso.
 - demonstrar a maneira correta de armazenar e usar os preservativos.
 - oferecer oportunidade ao casal para escolha do preservativo (masculino ou feminino) que melhor se adapte.
 - orientar sobre os passos a serem seguidos para colocação e retirada dos preservativos (masculino e feminino).

Para detalhamento dos exames laboratoriais e do tratamento medicamentoso específico a cada DST, bem como para obter informação sobre armazenamento e uso dos preservativos masculino e feminino, **consultar o Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis**.

Todas as orientações devem ser feitas para o casal, de preferência conjuntamente, visando maior adesão ao tratamento/assistência. O enfermeiro deve também:

- Promover reuniões com a clientela, contando com a participação do casal e elaborar programa de orientação sobre prevenção de DST/Aids. Estas oficinas deverão ter como finalidade promover mudanças de atitudes e de práticas que prejudiquem a saúde.
- Promover sensibilização e capacitação das lideranças da comunidade para a formação de multiplicadores de informações sobre saúde para prevenção de DST e Aids.

Sexualidade e autocuidado

As orientações sobre medidas de sexo mais seguro oferecidas ao casal têm como objetivo o envolvimento do homem neste processo. É sabida a dificuldade da mulher para conversar com seu parceiro sobre sexualidade e comportamento sexual de ambos, bem como para negociar o uso de preservativo.

Na cultura brasileira, a maioria dos casais considera o uso do preservativo necessário apenas em relacionamentos ocasionais ou no início de uma relação. Sob este aspecto, o preservativo seria dispensável para relações estáveis.

Esta forma de olhar o preservativo está contribuindo para o aumento dos casos de transmissão heterossexual do HIV. No período compreendido entre 1983 e junho de 2000, os dados epidemiológicos mostram que o contato heterossexual foi responsável por 53,6% dos casos de infecção pelo HIV em mulheres no país. Esta situação demonstra a tendência de crescimento da Aids observada ultimamente, principalmente entre mulheres com família constituída e, por consequência, o aumento da transmissão vertical do HIV.

Estudos têm demonstrado que parte das mulheres com relação estável (com família constituída) aceita a infidelidade do companheiro, mas não se preocupa em proteger-se de DST/Aids usando medidas de sexo mais seguro. Outra parte das mulheres não acredita que seu companheiro seja infiel e por isso não procura utilizar o preservativo em suas relações. Há ainda mulheres que esperam ser comunicadas pelo parceiro caso este esteja mantendo relacionamento extraconjugal ou tenha sorologia positiva para o HIV. Acreditar nestes comportamentos do homem contribui para aumentar a participação da mulher na cadeia de transmissão do vírus da Aids.

Outro fator a considerar neste processo é o desconhecimento feminino sobre o comportamento do parceiro em relação aos riscos de infectar-se pelo HIV, quer seja no passado, quer no presente. É característica cultural da maioria dos casais brasileiros evitar discutir a sexualidade dos parceiros ainda que esta omissão interfira na condição de saúde do(a) companheiro(a).

Estudos têm demonstrado também que muitas mulheres tomam conhecimento de sua soropositividade ao se submeterem à sorologia para o HIV, em sua maioria, como teste de rotina nos

serviços de pré-natal, ou quando o parceiro torna-se doente de Aids e busca tratamento.

Na tentativa de reduzir os riscos a que a mulher está exposta pelas crenças culturais da população brasileira, onde, na maioria das famílias, a mulher é submissa econômica, social e culturalmente ao homem, há necessidade de desenvolver estratégias que aumentem seu poder na negociação com o parceiro para o uso de medidas de sexo mais seguro. Esta abordagem, no entanto, não deve se restringir unicamente à orientação da mulher, mas envolver o homem nestas orientações buscando desenvolver seu senso de responsabilidade, que está comprometido pelo próprio comportamento sexual que a sociedade espera dele. Se à mulher é esperado que permaneça no lar, cuidando dos filhos e dos afazeres domésticos, ao homem é facilitada a oportunidade de trânsito a outros ambientes onde tem risco de infectar-se com o HIV e outros agentes de DST. Uma vez infectado, traz para sua família a possibilidade de infectar-se. Neste sentido, as equipes devem procurar trabalhar este assunto em diversos espaços da comunidade, buscando apoio de organizações sociais na difusão das práticas de sexo mais seguro para os diferentes grupos etários da população.

O profissional de enfermagem deve reconhecer que esta situação é comum às famílias brasileiras e deve oferecer à mulher oportunidades para desenvolver sua autonomia diante do comportamento sexual do casal. Este procedimento deverá correr paralelo ao envolvimento do homem no programa traçado individualmente ou para grupos de casais, buscando desenvolver o senso de responsabilidade do homem na manutenção da saúde de sua família.

Para alcançar resultados positivos neste processo de conscientização, o enfermeiro deve:

- buscar envolvimento do homem nos locais onde ele freqüenta como lazer;
- promover discussões com grupos de casais da comunidade ou vizinhanças, discutindo o comportamento do homem no ambiente público que pode colocá-lo como agente na transmissão de DST/Aids à sua(s) parceira(s);
- igualmente demonstrar que os parceiros infectados com DST/HIV-Aids são altamente agentes de transmissão da patologia que os acomete;
- mostrar a relação existente entre a presença de DST e HIV, ambos facilitadores de infecção mútua;
- reforçar a importância de adoção de medidas de

sexo mais seguro (uso de preservativo) para redução dos riscos de DST/Aids;

- diante da presença de DST, encaminhar a mulher e seu parceiro para realizar teste anti-HIV, dada à estreita relação entre ambos;

Caso o encaminhamento acima seja necessário, não deverá ser excluído o aconselhamento pré e pós-teste. Para maior esclarecimento sobre aconselhamento, **consultar o Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis.**

Tais medidas visam obter maior participação do parceiro na adoção de medidas para redução de Doenças Sexualmente Transmissíveis no país, bem como oferecer momentos para reflexão do casal, oportunizando a valorização de ambos os parceiros ao exercerem sua sexualidade.

Após a leitura deste capítulo, o enfermeiro/profissional de enfermagem do Programa de Saúde da Família deverá estar apto a:

- identificar sinais e sintomas indicativos de DST em mulheres;
- adotar medidas de prevenção e controle de DST/Aids em mulheres e suas famílias;
- promover atividades de educação em saúde sobre DST e Aids para as famílias;
- realizar tratamentos específicos sob prescrição e/ou quando estabelecidos em programas de saúde ou em rotina aprovada por instituição de saúde.

GLOSSÁRIO

Pápula: elevação eruptiva, circunscrita à pele, comumente de pequena dimensão e sem líquido no interior.

Pústula: saliência de tamanho variado, constituída por coleção de líquido purulento.

Úlcera: solução de continuidade localizada na pele ou mucosa, acompanhada de processo inflamatório.

Vesícula: saliência de tamanho reduzido, superficial e circunscrita à pele, constituída por líquido seroso ou sanguinolento.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS. **Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis.** 3^a ed., 142p., 1999.

NAUD, P. et al. **DST & AIDS.** Porto Alegre, Artes Médicas, 1993.

O Período Pós-Natal: Assistência ao Binômio Mãe-Filho

Isilia Aparecida Silva¹

Amélia Fumiko Kimura²

Assistência à mulher no período puerperal

Conceito O puerpério é considerado o período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo materno retorna a suas condições pré-gravidicas e é caracterizado pelas regressões das modificações locais e sistêmicas que foram provocadas pela gravidez.

O seu início se dá logo após a expulsão total da placenta e das membranas e tem a duração de cerca de seis semanas.

Puerpério imediato Inicia logo após a saída da placenta e dura aproximadamente 2 horas.

Puerpério mediato Desde o puerpério imediato até o 10º dia, em que ocorre a regressão das modificações nos órgãos genitais, ocasião em que deve ocorrer a Visita Domiciliar da enfermeira.

Por volta do 10º dia o útero já regrediu em seu tamanho e se encontra na cavidade pélvica. A loquiação (produto originário principalmente da ferida placentária, descamação e sangue), apresenta-se em quantidade moderada para escassa e amarelada.

A partir desse período instala-se o **puerpério tardio**, que se estende do 11º dia até o reinício dos ciclos menstruais em mulheres que não estão lactando. Para aquelas que mantêm a lactação, o período pode variar de 6 a 8 semanas, período no qual, a loquiação se torna progressivamente serosa ou branca.

Exame físico da puérpera A assistência de qualidade à puérpera não deve prescindir do exame físico geral e específico cuidadoso e coleta de informações para o planejamento das ações da equipe.

Exame físico geral

Sinais vitais

Pulso No período mediato, o pulso deve estar na

freqüência normal; anotar freqüência e características do pulso (cheio, fino, rítmico, arrítmico).

Temperatura Deve manter-se em níveis normais. Caso a puérpera apresente temperatura acima de 37°C, observar fatores ambientais, tais como: agasalho em demasia, ambientes não-ventilados. Descartando-se esses fatores, investigar condições de mamas que podem estar cheias ou ingurgitadas, ou então infecção que na puérpera mais freqüentemente se instala em útero, mamas, trato urinário e respiratório.

Pressão arterial Verificar a pressão arterial em decúbito lateral D. Deve estar em níveis normais a partir do 5º dia pós-parto.

Exame físico específico

Exame das mamas

Mamilos Verificar tipo (protruso, plano, umbilicado) em casos de mamilos não protrusos, observar como está ocorrendo a amamentação e indicar exercícios de protrusão mamilar¹ e, além disso, observar as condições de mamilo como presença de lesões, feridas, escoriações, bolhas e sangramento, a sucção do RN e as condições de amamentação, descrita a seguir.

Sinais de ingurgitamento Palpar as mamas e verificar pontos ou regiões endurecidas que podem estar doloridas ou não. Nesses casos, se houver dificuldade de drenagem do leite, deve-se massagear com as pontas dos dedos em um movimento de vibração sobre as regiões afetadas e então ordenhar a mama, de preferência manualmente, até o ponto em que a mulher referir alívio dos sintomas.

Verificação da involução uterina No período até por volta de 10 dias pós-parto, o útero apresenta-se localizado na região intra-pélvica sendo possível palpar o fundo uterino, que deve estar contraído.

Verificação das condições de cicatrização da ferida cirúrgica².

Verificação do aspecto e quantidade da loquiação Consideram-se aspectos quanto à cor, odor, e quantidade, segundo características já descritas.

Aleitamento materno

A amamentação não é uma resultante exclusivamente biológica, ela envolve as emoções da mulher e sua forma de encarar essa experiência em sua vida. As diversas dimensões da mulher, expressas no desempenho dos diferentes papéis que esta assume em seu contexto social, também são elementos que interferem em sua tomada de decisão quanto ao rumo da amamentação.

Entre as intercorrências principais desse período, encontram-se o ingurgitamento mamário e as lesões de papila mamária.

Ingurgitamento mamário

A congestão das mamas pode ocorrer por esvaziamento infreqüente ou inadequado das mamas, ou por inibição do reflexo de ejeção do leite. As mamas apresentam-se volumosas, com temperatura acima do normal, freqüentemente sensíveis ao toque ou não e com temperatura local aumentada.

Prevenção

Manter freqüência de mamadas Estimular a sucção do recém-nascido com freqüência e continuadamente para esvaziamento ritmado das mamas.

Esvaziamento das mamas após as mamadas Após as mamadas, as mamas deverão ser inspecionadas por palpação de toda a sua área e em caso da nutriz sentir que há leite excedente, este poderá ser ordenhado manualmente ou, se ela desejar, com o auxílio de uma bomba tira-leite de sua preferência.

Uso de soutiã O uso de soutiãs, que mantenham as mamas firmes e em posição anatômica, favorece o posicionamento dos ductos e livre trânsito do leite para sua ejeção. Os muito apertados, com costuras ou detalhes que pressionam alguma região da mama, podem ocasionar pressão e obstrução de ductos, favorecendo ingurgitamento daquela área.

Cuidados com a mama ingurgitada

Uma vez constatado o ingurgitamento, a conduta para promover sua remissão consiste em ordenha do leite residual. No entanto, a ordenha deve ser precedida por massagens que facilitarão o fluxo do leite e sua evasão.

A massagem pode ser realizada por um vibrador elétrico ou por movimentos que imitem a vibração desse aparelho; ela deve ser feita em toda a área ingurgitada, iniciando-se na região areolar e, depois, até a base da mama, antes da mamada, nos casos em que a tensão da mama é muito grande e provoca tensão da areola com aplanamento do mamilo, o que compromete a apreensão do conjunto mamilo areolar pelo recém-nascido. Nessa situação aconselha-se a ordenha da areola até o ponto em que esta e o mamilo tornem-se flexíveis para favorecer a pega do lactente; após a mamada, então, a mama deve ser massageada e ordenhada para o esvaziamento do leite residual.

Manutenção da integridade da papila mamária

Embora as lesões de papila, por si, representem uma das intercorrências mais comuns e importantes, elas estão, freqüentemente, associadas ao ingurgitamento mamário, como causa ou consequência desse. Em alguns casos, sua presença inibe o desejo materno de amamentar por provocar dores no momento da sucção, levando ao estresse e diminuindo a disponibilidade da mãe amamentar, influindo na freqüência das mamadas.

Por outro lado, a mama ingurgitada não oferece condições adequadas para a apreensão do recém-nascido, propiciando a pega “malfeita” que, por sua vez, leva ao aparecimento das lesões em seus graus variados, tais como: escoriações, rachaduras e fissuras.

Estimular a apreensão adequada do conjunto mamilo areolar pelo recém-nascido

- a boca do recém-nascido deve estar bem aberta, voltada de frente para o mamilo materno, com a língua posicionada por baixo do mamilo, de forma a acolhê-lo sobre a mesma.

- lábios voltados para fora abocanhando grande parte da areola.

- queixo encostado na mama.

- tórax e ventre do RN de encontro ao ventre e peito materno.

- expor os mamilos ao sol duas vezes ao dia, de manhã e à tarde.
- evitar o uso de sabões e sabonetes diretamente nos mamilos e areola.
- lavar com água corrente antes e após as mamadas;
- evitar a retirada brusca do mamilo da boca do bebê: para interromper a mamada, a mãe poderá pressionar a rima bucal do recém-nascido, esperando este abrir a boca e largar o mamilo.

Ordenha manual

Tem por objetivo imitar a pega e sucção realizadas pelo lactente, não oferecendo pressão

sobre os mamilos e nem causando danos ao tecido papilar.

É realizada colocando-se os dedos indicador e polegar na borda areolar, sendo que o polegar fica na borda areolar da face inferior da mama e o indicador na borda areolar da face superior da mama; pressionar delicadamente o polegar e o indicador, a fim de comprimir os seios lactíferos retroareolares; repetir o procedimento mudando a posição de pega da areola, de modo que todas as ampolas lactíferas sejam drenadas^[5].

Uma das maneiras de se prevenir as lesões de papila e o ingurgitamento é promover condições para que a mamada seja confortável e prazerosa tanto para a mãe como para o bebê.

Avaliação da mamada

Indicadores	O que observar
1. Posição materna	Qualquer que seja a posição, sentada, deitada, a mãe deve sentir-se confortável e segura para manter o bebê em seus braços pelo tempo que se estender a mamada
2. Posição do recém-nascido	A criança deverá ficar com o seu corpo voltado para o corpo da mãe, tendo o tórax e o abdômen de frente para o peito materno, de forma que o seu rosto esteja de frente para a mama e a boca no nível e de frente ao mamilo; apoiar o lactente com auxílio de travesseiro ou almofada; manter os apoios do braço e mãos maternas nos ombros e quadril da criança; manter a curvatura natural do corpo do bebê, deixando-o livre para movimentar pernas, braços e cabeça
3. As mamas deverão estar macias e os mamilos flexíveis	Antes de cada mamada, caso a mama apresente tensão e/ou sinais de ingurgitamento, principalmente na região areolar, esta área deverá ser ordenhada para diminuir a tensão e tornar os mamilos flexíveis para facilitar a apreensão do conjunto mamilo-areolar pelo lactente
4. Padrão de busca e apreensão do recém nascido	Estimular a abertura da boca do lactente para que este abocanhe o conjunto mamilo areolar; observar o posicionamento da língua do recém nascido; o posicionamento dos lábios e aconchego do queixo/ mama; estimular a manutenção da apreensão
5. Freqüência e ritmo de sucção	A sucção do recém-nascido ao peito se dá em uma média de 2/seg, entrecortada por pausas ocasionais; quando o bebê está mamando adequadamente, ele não apresenta encovamento de bochecha e mantém o lábio colado ao seio materno
6. Sinais de irritabilidade do bebê	Choro alto e contínuo, movimentos de pernas, braços e laterais da cabeça, denunciam algum desconforto ou irritação da criança que podem estar sendo provocados por uma posição inadequada no colo materno, por roupas apertadas ou desconfortáveis, por odores fortes, seja perfume de roupas ou pele muito próximas ao rosto da criança, odores da transpiração ou outro tipo de cheiro não suportado pela criança. Observar obstrução nasal.
7. Comportamento materno	Além do ambiente calmo, o mais importante é a mãe manter-se calma e disponível para a amamentar. Mães ansiosas, nervosas, temerosas, ou ainda, com pouco tempo de amamentar para realizar outras tarefas, em geral passam esse sentimento para bebê, que por sua vez manifesta irritação e dificuldade de acalmar-se ao seio, interferindo no sucesso da amamentação

Assistência ao recém-nascido no domicílio

O período neonatal tem início no nascimento, estendendo-se até o 28º dia de vida da criança. O ajustamento do neonato ao ambiente extra-uterino é crítico, porque depende das condições gestacionais, de nascimento, biológicas e comportamentais da própria criança, da assistência prestada pelos profissionais de saúde que o atenderam e dos familiares responsáveis pelo cuidado e sobrevivência da criança. Assim, em princípio, é necessário conhecimento a respeito das peculiaridades do recém-nascido (RN) para sua avaliação e implementação de cuidados.

De maneira geral, três grupos de RNs apresentam maior vulnerabilidade e susceptibilidade para desenvolver complicações: os nascidos com peso inferior a 1500g, com idade gestacional inferior a 33 semanas, os que apresentam asfixia ao nascimento e aqueles com malformações que requeiram correção cirúrgica. Esses grupos de RNs, necessitam de atendimento em instituições hospitalares, que contam

com unidades de cuidados intensivos neonatais. Entretanto, vale lembrar que os RNs em geral, mesmo aqueles que nascem em boas condições, apresentam características singulares intrínsecas, que, associadas aos fatores citados anteriormente, os tornam vulneráveis ao desenvolvimento de intercorrências clínicas no período perinatal.

Vale lembrar que cerca da metade das mortes ocorridas no primeiro ano de vida no Brasil acontecem no período neonatal, o que justifica uma atenção e monitoramento cuidadoso da saúde deste segmento populacional. Por meio do exame físico do RN, do levantamento de informações obtidas na entrevista com a mãe/cuidadora/familiares acerca das reações comportamentais do RN, das formas dispensadas no cuidado do RN e dos contextos socioeconômico e cultural em que esta família está inserida, é possível estabelecer o diagnóstico e as intervenções, que visam a prevenção e promoção da saúde, contribuindo para a redução e reversão das taxas de morbimortalidade neste período breve da vida humana.

SUMÁRIO - AVALIAÇÃO DO RN NO DOMICÍLIO

Achados usuais	Variações esperadas	Sinais potenciais de anormalidade / intercorrência
Medidas gerais *Circ. céfálica: 33-35cm *Circ. torácica: 30,5-33cm *Estatura: 48-53cm *Peso: 2500-4000g	Bossa serosanguínea céfalo hematoma que regide nas 1ª semanas Perde 10% do peso de nascimento na 1ª semana, recupera entre o 10º-14º dia de vida. Ganho de 15 - 30g/dia após a 2ª semana	Aumento > que 1cm/mês da circ. céf. Diminuição de peso após o 14º dia de vida
Sinais Vitais *Temp.axilar: 36,5°C-37,2°C *Batimento cardíaco: FC entre 120 - 140 bpm *Respiração: FR entre 30-60 rpm	Calor radiante, ambiental, excesso de roupa aumenta a Temp. FC aumenta com choro; FC diminui no sono FR aumenta com choro; FR diminui no sono	Temp.axilar < 36°C ou > 37,5°C FC < 80 -100 bpm FC > 160 -180 bpm FR > 60 rpm; apnéia por mais de 20 seg.; batimento das aletas nasais; retracções xifóide e/ou intercostal; gemido expiratório
Alimentação *Amamentação de livre demanda, em média a cada 3-4 horas.		Fissuras labial, palatina, RNs com seqüela neurológica, Fissura mamilar, mastite materna e mães que escolhem não amamentar. Refluxo/regurgitação/vômito persistente de leite ingerido.
Eliminações *Fezes meconiais até o 3º dia, fezes de transição do 3º ao 5º dia, fezes lácteas após. *Frequência das evacuações: 8 vezes/dia *Urina cor clara, frequência diária: 8 a 10		Obstipação, fezes diarréicas Diminuição da frequência urinária associada à presença de edema

<i>Achados usuais</i>	<i>Variações esperadas</i>	<i>Sinais potenciais de anormalidade / intercorrência</i>
<p><i>Estado de consciência/Aspecto geral/ Comportamento/ Reflexos</i> *Estado de sonolência ou sono profundo por cerca de 18 horas/dia</p>		Convulsão; hipoatividade ou arreatividade aos estímulos
<p><i>Estado de consciência/Aspecto geral/ Comportamento/ Reflexos</i> *Quando acordado, reativo a estímulo sonoro, tático, visual. *Reflexos: Moro, Babinsky, Tônico-cervical presentes; *Flexão geral de membros *Fontanelas planas; *Boa perfusão periférica; *Mucosas coradas, pele rosada, íntegra, presença de millium sebáceo em região nasal, eritem tóxico em tórax e abdome, mancha mongólica em região sacro-glútea; *Regressão da icterícia na 1ª semana de vida *Coordenação da sucção, deglutição e respiração</p>		Hipertonia muscular; extensão / flacidez dos membros Fontanela saliente ou encovada Cianose generalizada/ persistente ou repentina Palidez; pele acinzentada; mucosas descoradas; impetigo; assadura, miliária, fissuras em dobras de pele, anal Icterícia persistente após a 1ª semana de vida ou generalizada e acentuada nos primeiros dias; Sucção débil; sucção, respiração e deglutição incoordenados
<p><i>Coto/ciacatriz umbilical</i> *Mumificado no 3º dia de vida e desprendimento do coto entre a 1ª e 3ª semana de vida</p>	Presença de secreção serosa, serossanguinolenta na fase de desprendimento	Secreção fétida, purulenta; hiperemia local; calor; febre; granuloma; contaminação por fezes, urinas, uso de produtos estranhos no curativo

Cuidados com o recém-nascido no domicílio

Responsabilizar-se pelo cuidado do filho recém-nascido freqüentemente provoca ansiedade na mãe, o que a leva a procurar ajuda para capacitar-se nesta tarefa. Desenvolver atividades educativas junto à mãe e familiares relacionadas ao manejo do aleitamento, higiene do RN, cuidados com o coto umbilical, prevenção de infecções e intercorrências no sistema tegumentar auxilia na aquisição da habilidade materna

Considerações frente à experiência da maternidade vivida pela mulher

O nascimento, na espécie humana, concretiza-se e se estrutura na relação entre o homem e a mulher e, em função disso, se estabelecem os papéis paterno,

materno, filial, fraternal, entre outros. Frente a isto é prioritário que os(as) enfermeiros(as) que atuam na assistência à saúde considerem em suas ações e intervenções o contexto familiar, as funções desempenhadas para cada membro que compõe a família, bem como a dinâmica própria nela estabelecida. O nascimento é um fator desencadeante de mobilização e transformação do contexto familiar, levando, quase sempre, a uma nova ordem familiar e, por isso, deflagrador de crises de transformação em todos os seus membros.

Neste texto, optou-se por abordar a assistência de enfermagem no período pós-parto, dando destaque aos seus protagonistas principais, a mulher/puerpera/mãe e o seu recém-nascido/filho, em suas dimensões biológicas. Entretanto, há necessidade de estar atento(a) e disponível para

acolher e buscar soluções conjuntamente com a mãe/filho/família/comunidade para as questões afetivo-relacionais, culturais, econômicas e sociais, que fazem parte do contexto da atenção à saúde no período pós-parto, pois estes interferem no

desenvolvimento saudável da família em fase de aquisição. Para tanto, além da capacitação técnica no manejo clínico do binômio, torna-se indispensável a habilidade comunicativo-educacional por parte do(a) profissional(a).

Procedimento	Observações
1. Prevenção de hipotermia	1. A temperatura ambiente onde o RN é mantido deve estar em torno de 24°C, evitar correntes de ar
2. Prevenção de problemas na pele	2. Uso preferencial de tecidos de algodão, evitar loções alcoólicas para higienização, preferência a produtos de higiene da linha infantil, evitar uso de calça plástica. Lavar separadamente as roupas do RN, usar sabão neutro ou de coco, enxaguar bem para remover todo o sabão, evitar o uso de amaciadores. Secar ao sol, em varal, passar a roupa com ferro aquecido
3. Banho do RN	3. Organizar o material: toalha, macacão de algodão, fralda, cobertor, bolas de algodão, sabonete glicerina / infantil, "cotonetes", banheira com água a temperatura de 38-40°C. O banho não deve ser muito demorado para evitar hipotermia. Realizar o banho no horário mais quente do dia. Começar a higiene pelo segmento cefálico. Limpe os olhos com bolas de algodão umidecido em água morna evite usar a mesma bola de algodão em ambos os olhos. Com ajuda de "cotonetes" limpe as narinas e o pavilhão auditivo. Manter o RN agasalhado e enrolado na toalha de banho para lavar o couro cabeludo. Proteja ouvidos com auxílio de chumaço de algodão. Umidecer e ensaboar a cabeça. Enxaguar e secar o couro cabeludo. Antes de lavar o corpo, retirar a fralda e higienizar os genitais caso apresente eliminações. Ao remover as fezes, evite contaminar canal uretal e vaginal. Retirar as demais peças do vestuário. Segurar o RN, mantendo-o em decúbito dorsal elevado com a cabeça da criança sobre o pulso do cuidador e a região glútea no fundo da banheira. Ensaboar e enxaguar. Virar o RN, segurando-o em decúbito ventral elevado para lavar o dorso. Retira-lo da banheira e enxugar. Secar bem as dobras da pele e vesti-lo. Evitar manter a fralda cobrindo o coto umbilical
4. Curativo umbilical	4. O curativo deve ser realizado pós banho e trocas das fraldas. Utilizar "cotonetes" embebido em solução de álcool a 70%. Limpar o local da inserção do coto umbilical com a pele, remover a secreção presente. Atentar para as características da secreção e presença de sinais de infecção. Evitar o uso de anti-sépticos coloridos, substâncias estranhas ou contaminadas. Cauterizar granuloma com bastão de nitrato de prata a 2% , uma vez ao dia pô três dias seguidos.
5. Medidas de segurança e prevenção de agravos à saúde	5. Evitar decúbito dorsal ou ventral no berço. Mantê-lo em decúbito lateral elevado até eructar. Lavar as mãos sempre que for manipular o bebê. Evitar locais públicos de grande movimentação, fumantes e animais domésticos próximos e não deixar o RN com outras crianças sem um responsável junto. Mantê-lo longe de sacos plásticos e objetos que possam sufocá-lo ou feri-lo. Protegê-lo de correntes de ar, evitar ambientes com poeira e umidade. No trânsito, transportá-lo em bebê-conforto, preso ao banco traseiro do veículo
6. Alimentação	6. Incentivar o aleitamento materno. Respeitar a demanda espontânea do RN. Em média, intervalo de 3 a 4 horas. Na impossibilidade, retirar o leite materno e oferecê-lo em copinho ou colher ou leite artificial sob prescrição e acompanhamento do serviço de saúde. Evitar o uso de mamadeira. Desnecessário oferta de suplemento hídrico (chá, água, suco) no período neonatal.

Após a leitura deste texto, o(a) enfermeiro(a) deve ser capaz de:

- definir, classificar e caracterizar o período puerperal;
- apontar os passos do exame físico geral e específico da mulher no puerpério;
- estabelecer os achados usuais e as anormalidades no exame físico da puérpera;
- discorrer sobre as condutas de enfermagem frente às intercorrências mais comuns do período de amamentação;
- distinguir os achados usuais identificados no exame físico do RN;
- apontar as características e modificações ocorridas no organismo do RN nos primeiros dias de vida;
- discorrer sobre os procedimentos no manejo do RN no domicílio na promoção do desenvolvimento saudável da criança e prevenção dos agravos à saúde.

BIBLIOGRAFIA

JENSEN, M.D.; BOBAK, I. M. *Maternity and gynecologic care: the nurse and the family*. 3^aed. St Louis, Mosby, 1985.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S.E.; BOBAK, J.M. *Maternity nursing*. 5^a ed. St Louis, Mosby, 1999.

MARANHÃO, A. G. K.; JOAQUIM, M. M. C.; SIU, C. *A mortalidade perinatal e neonatal no Brasil*. [on line]. Disponível na internet: <http://www.saude.gov.br/programas/crianca>. 19/09/00

NEME, B. *Obstetrícia básica*. 2^a ed, São Paulo, Sarvier, 2000.

SILVA, I.A. *Amamentar: uma questão de assumir riscos ou garantir benefícios*. São Paulo, Robe, 1997.

SILVA, I.A. *Procedimento sistematizado de assistência de enfermagem à puérpera com ingurgitamento mamário*. Rev. Esc. Enf. USP. v.23, n.2, pp.51-68, 1989.

Avaliação e Intervenção de Enfermagem no Parto Normal sem Intercorrências

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira¹

Emilia Saito¹

Objetivos

Subsidiar a assistência de enfermagem à parturiente e ao recém-nascido na primeira hora de vida, identificar riscos maternos e fetais durante o trabalho de parto e o parto; e executar o parto sem distócia em situações de emergência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como parto normal aquele de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto,

permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. O recém-nascido, geralmente em posição cefálica, tem entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Segundo a OMS, o parto normal é um processo natural e, consequentemente, não deve sofrer interferência no seu curso.

No Brasil, a grande maioria dos partos ocorre nos hospitais, mas a mortalidade materna representa, ainda, um problema na medida em que a taxa é de cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos.

Sinais e sintomas do trabalho de parto

Nome	Característica	Conduta
1. Período premonitório (antecede o verdadeiro trabalho de parto)	<ul style="list-style-type: none"> • mais nítido nas primíparas • ocorre entre a 38^a e 40^a semana • desida do fundo uterino, o que melhora a sensação de plenitude gástrica após as refeições • aumenta a compressão do baixo ventre, causando sensação de peso • polaciúria • disúria • dores lombares • eliminação de muco cervical mesclado de sangue 	<ul style="list-style-type: none"> • repouso • idade gestacional (IG) > ou = a 37 semanas, aguardar o franco trabalho de parto • IG < que 37 semanas, encaminhar para o serviço, pois a mulher poderá entrar em trabalho de parto prematuro
2. Período de dilatação (trabalho de parto)	<ul style="list-style-type: none"> • início: presença de, no mínimo, duas contrações uterinas (dor de parto) em 10 minutos • término: ao exame físico, percebe-se no toque vaginal, o colo uterino completamente dilatado (10cm) • aumento gradativo da intensidade, duração e número das contrações uterinas em 10 minutos • formação da “bolsa das águas” ou há perda de líquido amniótico • dilatação e esvaecimento do colo uterino • progressão do feto pela pelve • duração menor em multípara (média, 6 horas) em relação às primíparas (12 horas) 	<ul style="list-style-type: none"> • encaminhar a parturiente a uma casa de parto ou maternidade referência, considerando a dilatação cervical, evolução do trabalho de parto, meio de transporte disponível, distância até a maternidade para determinar a urgência • IG < que 37 semanas, encaminhar com urgência ao hospital devido ao risco de nascimento prematuro • IG > ou = a 37 semanas e se não houver possibilidade de encaminhamento a serviços de saúde, adotar as condutas descritas a seguir

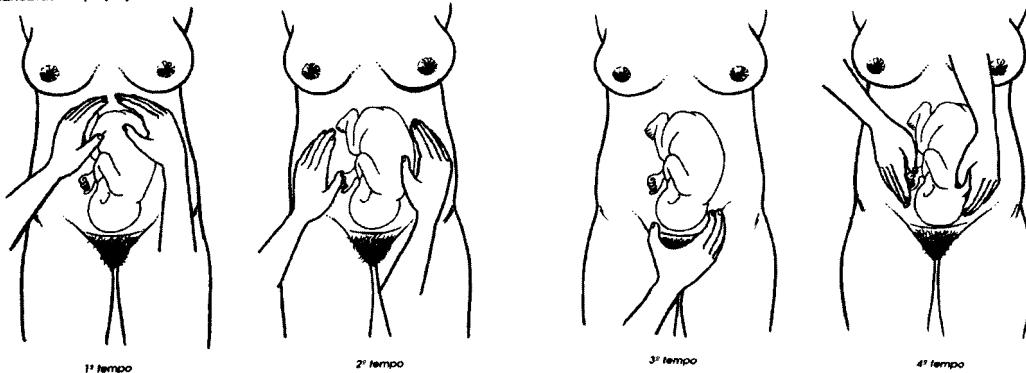
Assistência ao parto

Avaliar o bem-estar físico fetal durante todo o trabalho de parto, pela ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), cuja freqüência normal é de 120 a 160 por minuto. A constatação de aceleração dos BCF geralmente indica um sinal de bem-estar; inversamente, as desacelerações podem refletir comprometimento fetal, exceto quando coincidir com a intensidade máxima da contração uterina. Na situação em que os BCF caem abaixo de 100 batimentos por minuto, a parturiente deve ser encaminhada a um serviço de referência - verificar *técnica de ausculta dos batimentos cardíacos fetais* preconizada pelo Ministério da Saúde, descrita no capítulo *Assistência e intervenção de enfermagem na gestação*.

Em relação ao *bem-estar físico materno*, verificar os sinais vitais, estimular a ingestão de líquidos e a micção espontânea, assim como observar as características da dor de parto. É aconselhável que a parturiente deambule e para o alívio da dor está indicado massagem na região lombar e, também, permanecer no banho de chuveiro.

A realização da palpação obstétrica também é imprescindível para identificar o tipo de apresentação fetal, que pode ser o pólo cefálico ou pélvico, localizado na região acima da sínfise púbica. Nas situações em que se diagnostica a apresentação pélvica, o encaminhamento para um serviço torna-se necessário para evitar complicações como a cabeça derradeira, que pode culminar com a morte do feto durante o expulsivo.

Manobras de palpação:

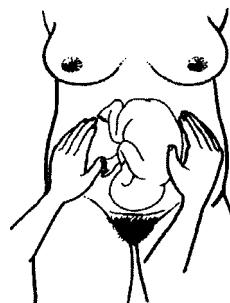


A manobra de palpação tem a finalidade de identificar a apresentação e a situação fetal, ou seja, os pólos cefálico (corpo volumoso de superfície regular, resistente e irredutível), pélvico (é um corpo mais volumoso, superfície irregular, resistente, mas redutível) e o dorso (superfície resistente, contínua, plana no sentido longitudinal).

Com relação à técnica (vide figuras acima): posicionar a gestante em decúbito dorsal (DD): 1º tempo: explorar o fundo uterino com ambas as mãos espalmadas, procurando identificar o pólo fetal; 2º tempo: investigar o lado materno em que se encontra o dorso fetal, também, com as mãos espalmadas ao longo da abdome da mulher; 3º tempo: procurar apreender com uma das mãos o pólo que se encontra na escava e verificar sua mobilidade; 4º tempo: o profissional deve estar de costas para a mulher,

investigando a escava para identificar o pólo, com as mãos espalmadas. Geralmente, o feto está em situação longitudinal (o maior eixo fetal coincide com o eixo longitudinal do útero).

Longitudinal



Nos casos em que ao toque vaginal, a dilatação do colo cervical é total (10 cm) e/ou quando não há tempo hábil para a transferência da parturiente e a apresentação é cefálica, preservar a bolsa amniótica íntegra (de preferência, até o nascimento da criança). Proceder da seguinte forma: preparar o ambiente e material mínimo para a assistência ao parto, e para recepção do recém-nascido (RN).

O **material mínimo** deve constar de sabão e escova para higienização das mãos, luvas estéreis (se possível); fraldas, toalhas ou panos, álcool iodado ou similar para anti-sepsia da região perineal; óleo; tesoura e material para laquear o cordão umbilical (cadarço, cordão ou similar); álcool à 70%; pêra de borracha ou seringa de 5 ml conectada a uma sonda para aspiração e balança.

Inicialmente, encaminhar a parturiente para um banho de chuveiro e orientá-la a realizar higiene rigorosa dos genitais. Enquanto isso, arrumar a cama, cobrindo-a com um forro plástico e os panos, acomodar a parturiente na posição que ela se sentir mais confortável. Em seguida, a enfermeira deve lavar, escovar as mãos e colocar as luvas. Neste período, a mulher pode contar com o apoio físico e emocional de alguém de suas relações de parentesco ou amizade.

A enfermeira deve realizar a anti-sepsia da região perineal utilizando gaze ou algodão e o álcool iodado; lubrificar a região da fúrcula com óleo, usando os dedos indicador e médio em movimento semicircular, visando reduzir o risco de trauma. Deve aguardar a visualização da cabeça fetal, orientando a parturiente para executar força gradativa durante a contração uterina. Enquanto isto, apreende-se a região perineal com a mão espalmada, tentando rebaixar essa região. Deixar a cabeça sair lentamente, a fim de evitar a descompressão brusca devido ao perigo de hemorragia cerebral.

Nos intervalos das contrações uterinas, orientar a mulher a respirar profunda e pausadamente, tentando relaxar. Após o desprendimento do polo cefálico, sustentá-lo com as mãos, tomando o cuidado de não tracionar e aguardar que a própria criança realize o movimento de rotação da cabeça, que está exteriorizada. O restante do corpo do RN será expulso com maior facilidade mediante esforço materno. Considera-se que a duração do período expulsivo (dilatação cervical total até a saída do feto) é de, no máximo, uma hora em multíparas e duas em primíparas.

Assistência imediata ao recém-nascido

Após a expulsão fetal, não colocar o RN na posição vertical com a cabeça para baixo, para evitar traumatismo cerebral. Envolvê-lo em panos para secá-lo e não haver perda de calor. Remover a secreção existente na cavidade bucal com um dedo envolvido em gaze ou através de aspiração por meio de uma pêra de borracha ou seringa conectada a uma sonda, mantendo a criança em decúbito dorsal com a cabeça lateralizada, evitando, assim, a aspiração em casos de vômito.

Observar o horário de nascimento da criança para efeito de registro oficial posteriormente. Colocar o RN sobre o abdome materno, estimulando a amamentação precoce, o contato pele-a-pele e a interação mãe-filho. Promover a laqueadura do cordão umbilical utilizando cadarço ou similar, com dois nós apertados cerca de 3cm e 5cm do abdome da criança e, em seguida, seccionar o cordão que fica entre os 2 nós e realizar o curativo da superfície cruenta com álcool a 70%. O coto umbilical deve ser deixado descoberto para secar e mumificar mais rapidamente. Finalizar os cuidados pesando o RN.

Os cuidados acima são recomendados para o RN saudável, que se apresenta corado (no máximo, com cianose de extremidade facilmente revertida com o aquecimento corporal), com freqüência cardíaca superior a 100 batimentos por minuto, choro vigoroso, que responde com careta à remoção de secreção da boca, e/ou apresenta flexão de membros ao estímulo tátil. Os casos em que a criança apresenta alterações desses parâmetros indicam que há algum comprometimento no processo de adaptação à vida extra-uterina, requerendo o seu encaminhamento para um serviço hospitalar para avaliação e conduta médica.

Assistência materna no pós-parto imediato

Controlar o tempo de duração da dequitação, que consiste desde o descolamento da placenta do local de implantação até a sua saída do corpo da mulher. A duração da dequitação varia de 5 a 20 minutos após a expulsão fetal, sendo considerado normal até 30 minutos. A conduta neste intervalo de tempo é expectante; portanto, não deve ser tracionado o cordão umbilical; solicitar à mulher que realize esforço semelhante ao do nascimento da criança para a exteriorização da placenta.

Consideram-se *sinais de descolamento placentário*, o sangramento vaginal em jorro ou contínuo, a progressão do cordão umbilical e a posição lateralizada e acima da cicatriz umbilical do fundo uterino. Ao se visualizar a placenta na vagina, sustentá-la com as mãos, sem tracionar, girando-a para um lado de forma contínua até que ela esteja completamente solta em suas mãos. Esta manobra não-invasiva objetiva reduzir a possibilidade de retenção de membranas amnióticas.

É indicado colocar o RN logo após o nascimento no seio materno, com o objetivo de promover o aleitamento precoce e porque também beneficia a mulher por facilitar a liberação de ocitocina, que auxilia na própria deequitação e aumenta a contratilidade uterina, evitando maiores perdas sangüíneas. Caso tenha decorrido o tempo preconizado sem o aparecimento dos sinais de deequitação, encaminhe a mulher para um serviço devido à possibilidade de intervenção cirúrgica.

A placenta apresenta-se como massa arredondada de cerca de 20cm de diâmetro e 3cm de espessura. Apresenta duas faces: a *face fetal*, lisa e sobre ela se insere o cordão umbilical, e a *face materna* é irregular e apresenta cotilédones arredondados, separados uns dos outros por sulcos e de sua borda prolongam-se as membranas, que envolvem o feto e o líquido amniótico. Ela deve ser examinada, verificando-se o número de vasos no cordão umbilical (normalmente, uma veia de maior calibre e duas artérias com calibre menor e paredes mais rígidas); na face materna, observar a falta de fragmento de cotilédone pela presença de sangramento ao enxugá-la e pela impossibilidade de reconstituição do tecido placentário; por último, examinar as membranas, constatando se as mesmas saíram completamente.

Após o exame da placenta, ainda, de luva e usando gazes, enxugue a região perineal e observe a existência de rotura da mucosa vaginal e/ou da musculatura perineal. Nos casos de rotura com ocorrência de sangramento ou não por esta solução de continuidade, encaminhar a puérpera para avaliação médica. Manter o local protegido com gaze; havendo o sangramento, pode-se colocar uma bolsa de gelo.

Após a constatação da integridade do assoalho pélvico, promover a higienização dessa região com água e sabão; trocar as roupas molhadas e oferecer calcinha e absorvente.

A primeira hora após a deequitação é denominada de *quarto período clínico do parto ou período de Greenberg*, durante o qual é necessário promover o conforto da mulher devido ao cansaço físico e emocional do trabalho de parto. Visando atingir este objetivo, deve-se mantê-la aquecida; oferecer líquido; verificar os sinais vitais, principalmente o pulso e a pressão arterial, devido à perda sangüínea; observar as características da perda vaginal, em especial, em relação à quantidade, e associar com o tônus uterino. O útero deve apresentar-se contraído, à palpação abdominal, com o fundo abaixo da cicatriz umbilical.

Intercorrências e complicações no parto

Entre as possíveis intercorrências e complicações do parto, há aquelas relacionadas ao cordão umbilical, como o **prolapso de cordão**, que consiste na sua exteriorização pela vagina. Este quadro é grave e mais comum nas situações em que a cabeça fetal está alta e móvel, quando há grande quantidade de líquido amniótico ou, então, quando o feto é pequeno e/ou o cordão umbilical é longo. Uma vez diagnosticado o prolaps, com presença de cordão pulsátil (RN vivo), a mulher deve ser mantida em posição genupeitoral e, simultaneamente, através do toque vaginal, elevar a cabeça fetal tentando impedir a compressão do cordão umbilical até a extração do conceito via vaginal ou abdominal, que deve ser o mais rápido possível. Caso não haja nenhuma complicaçāo subjacente e o feto esteja morto (confirmar pela ausculta dos BCF), o parto poderá ser expontâneo.

O cordão umbilical pode, ainda, estar enrolado em partes do feto, geralmente o pescoço, e comprometer o seu bem-estar quando há compressão, dificultando a circulação. Assim, durante o parto, é necessário desenrolar ou seccionar o cordão umbilical rapidamente, evitando a tração excessiva.

A **rotura uterina** é a solução de continuidade que ocorre no útero durante o trabalho de parto, precedida geralmente por sinais de iminência de rotura, o que facilita sua prevenção. Esses sinais são presença de contrações uterinas intensas e dolorosas; distensão do segmento inferior com presença de anel de Bandl (provocado pelo estiramento exagerado do segmento no parto com desproporção céfalo-pélvica, caracterizado por um sulco na altura da cicatriz umbilical). Uma das causas mais freqüentes da rotura

uterina é a cicatriz de cesárea anterior ou miomectomia. Nesta situação, é preciso o encaminhamento para um serviço, pois o tratamento é cirúrgico, havendo riscos materno e fetal.

A **hemorragia pós-parto** está relacionada às altas taxas de mortalidade materna, sendo as causas mais comuns a atonia uterina, a laceração do trajeto, a retenção de placenta, a rotura e a inversão uterina. Os fatores predisponentes da atonia uterina são: a prenhez múltipla, polidrâmnio (quantidade de líquido amniótico aumentado), a presença de mioma uterino, multiparidade, parto prolongado ou precipitado. Nestes casos, recomenda-se à paciente esvaziar a bexiga, pois a distensão vesical dificulta a involução uterina. Além de realizar massagem uterina e colocar um peso sobre o mesmo com a finalidade de manter o útero contraído. Administrar 20 unidades de oxitocina em 500ml de soro glicosado a 5% ou fisiológico, com 20 a 30 gotas por minuto ou 0,2mg de metilergonovina intramuscular se a mulher não apresentar pressão arterial diastólica igual ou maior a 90mmHg. Encaminhar a puérpera para a unidade hospitalar a fim de avaliar a necessidade de reposição de volume ou mesmo sangue.

A término da leitura desse texto, a enfermeira deve ser capaz de:

- diferenciar o período premonitório do período de dilatação;
- identificar a conduta adequada para a gestante considerando o período em que se encontra e a idade gestacional;
- acompanhar o parto sem distocia;
- prestar os primeiros cuidados ao recém-nascido saudável;
- citar os sinais e sintomas do prolapsus de cordão, da rotura uterina e da hemorragia pós-parto e implementar a conduta apropriada para cada caso.

BIBLIOGRAFIA

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Assistência ao parto normal: um guia prático. Relatório de um grupo técnico. Genebra, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Assistência pré-natal. 3^a ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Gestação de alto risco. 3^a ed., Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria da Política de Saúde. Urgências e emergências maternas. Brasília, 2000.

Saúde da Mulher no Curso da Vida

Roselena Bazilli Bergamasco¹

Amélia Fumiko Kimura¹

Objetivo:

Subsidiar o desenvolvimento das ações de enfermagem na promoção e recuperação da saúde da mulher.

A atenção integral à saúde da mulher compreende a assistência em todas as fases do curso da vida. O cuidado de enfermagem à mulher é baseado na habilidade da enfermeira em definir os sintomas e

compreender o seu significado no processo saúde-doença.

O aumento da expectativa de vida da mulher, as modificações de hábitos de vida, as necessidades de saúde da mulher por mudanças do padrão demográfico apontam para a necessidade de uma adequada capacitação dos profissionais de saúde para responder às necessidades de saúde da população.

Estruturar a prática de enfermagem na saúde da mulher baseia-se em *três premissas*:

1.	Os problemas apresentados por um determinado grupo populacional feminino estão intrinsecamente relacionados às suas experiências pessoais e expectativas futuras, bem como aos estilos de vida, que, por sua vez, são condicionados pelos aspectos sociais e culturais em que esse grupo se insere.
2.	A função primária da enfermagem é manter e cuidar da mulher nos episódios em que ela necessita de atenção básica.
3.	As mulheres têm direito ao acesso aos serviços de saúde que, por sua vez, necessitam responder de forma eficiente e efetiva às demandas de saúde.

Para efetivar o processo de assistir em enfermagem é necessário o cumprimento de fases distintas:

Fases	Ações
1. Avaliação da clientela	<p>Coletar dados relativos a:</p> <ul style="list-style-type: none">• problemas individuais da mulher• os problemas de saúde emergentes ou potenciais sob a perspectiva da própria cliente <p>Considerar:</p> <ul style="list-style-type: none">• os dados do diagnóstico de territorialização• problemas trazidos pelos agentes de saúde em suas visitas• os motivos que levaram as mulheres a procurarem atendimento fora dos programas• as demandas de outras instituições que atuam na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família <p>Utilizar as seguintes estratégias para a obtenção dos dados:</p> <ul style="list-style-type: none">• a entrevista (anamnese)• o exame físico• a observação do contexto familiar e das relações sociais. <i>Atenção: A enfermeira examina os dados obtidos e compartilha suas impressões do diagnóstico de enfermagem com a mulher, ajudando-a a analisar estas informações, considerando também a percepção da mulher para o estabelecimento do diagnóstico.</i>

Fases	Ações
2. Intervenção de enfermagem	<p>A enfermeira é a facilitadora e colaboradora para que a mulher desenvolva habilidades para desempenhar o autocuidado, não somente para ajustar-se, mas para transformar a sua condição de saúde. O atendimento deve ser baseado na adequação das ações sistematizadas através de protocolos para o grupo populacional.</p> <p>A intervenção pode ser estruturada a partir de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • consulta de enfermagem • visitas domiciliares • grupos educativos • ações na comunidade
3. Análise da intervenção de enfermagem	<p>As interações entre o cliente e o enfermeiro são processos dinâmicos e demandam uma capacitação e o desenvolvimento de habilidades que instrumentalizam o profissional para uma adequada assistência de enfermagem. Estas habilidades referem-se a:</p> <ul style="list-style-type: none"> • comunicação • avaliação dos valores pessoais que afetam o seu desempenho como enfermeiro • a tomada de decisões • a ajuda prestada ao cliente para que o mesmo tome suas decisões • ser capaz de estabelecer um relacionamento de confiança com o cliente • manter relação empática • desenvolver metas terapêuticas mutuamente aceitáveis.

A seguir são apresentados os tópicos das etapas que norteiam a fase de avaliação no processo de assistir em enfermagem à mulher:

- **Entrevista** (aspectos sociais e emocionais – dados de identificação; história familiar; antecedentes pessoais; história obstétrica)

- **Informações sobre os diversos aparelhos** (estado geral de saúde)

- **Exame físico** (mamas, abdomen, inspeção da genitália externa, coleta de material para citologia oncológica - Papanicolau)

Exame Físico das Mamas:

Inspeção Estática	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a paciente sentada, com o tronco desnudo e os braços apoiados sobre a coxa. • Observar: simetria, tamanho, contorno, forma, pigmentação areolar, aspecto da papila, presença de abaulamentos e ou retrações, saída espontânea de secreção e características da pele
Inspeção Dinâmica	<ul style="list-style-type: none"> • A paciente permanece sentada e solicita-se a elevação dos braços ao longo do segmento cefálico e que ela coloque as mãos atrás da nuca, fazendo movimentos de abrir e fechar os braços. • Observar: presença de retrações ou exacerbação de assimetrias, além de verificar comprometimento do plano muscular em casos de carcinoma.
Palpação da Região Axilar	<ul style="list-style-type: none"> • A paciente permanece sentada. Apoiar o braço do lado a ser examinado, no braço do examinador
Palpação da Região Supraclavicular	<ul style="list-style-type: none"> • A paciente permanece sentada. Palpar a região supraclavicular à procura de linfonodos palpáveis
Palpação das Mamas	<ul style="list-style-type: none"> • Colocar a paciente em decúbito dorsal e as mãos atrás da nuca. Iniciar a palpação com a face palmar dos dedos sempre de encontro ao gradeado costal, de forma suave, no sentido horário, partindo da base da mama para a papila, inclusive o prolongamento axilar. • Observar a presença ou ausência de massa palpável isolada
Expressão da Areola e Papila Mamária	<ul style="list-style-type: none"> • A paciente permanece sentada. Palpar a região supraclavicular à procura de linfonodos palpáveis

Exame Físico Ginecológico: colocar a paciente em posição ginecológica, providenciando uma boa iluminação

Inspeção da Região Vulvar	<ul style="list-style-type: none"> • Observar presença de lesões cutâneas da região ano-vulvar como pediculose, intertrigo, eritema, eczemas das pregas gênito-crurais; lesões verrugosas (condiloma), lesões atróficas acentuadas, processos inflamatórios reacionais difusos; • Observar a distribuição dos pêlos e do tecido adiposo, e a morfologia do Monte de Vênus (podem ser alteradas nas insuficiências hormonais ou certas afecções cutâneas); • Observar o vestíbulo (sede de ulcerações de várias naturezas), presença de hipertrofia do clitóris; • Observar o meato uretral em busca de anomalias de desenvolvimento, presença de secreções; • Observar o orifício vaginal em busca de secreções, presença de prolapsos dos órgãos genitais internos; • Observar presença de abscessos da glândula de Bartholin
Exame Especular	<ul style="list-style-type: none"> • Inspecionar o colo uterino anotando: cor, lacerações, úlceras, neoformações; • Inspecionar o orifício cervical anotando: tamanho, forma, cor, presença de secreções e/ou pólipos; • Inspecionar as paredes vaginais anotando: presença de lacerações, lesões, ulcerações (deve ser feito no momento da retirada do espéculo)

Relação das principais afecções que podem ser diagnosticadas pela simples inspeção da genitália externa e interna

PROCESSOS INFECIOSOS	Vulva	vulvite inespecífica, foliculite, abscesso dos lábios, bartolinite, condilomas planos (lues secundária). Condilomas acuminados (viral), herpes genital (viral).
	Vagina	vaginite (colpite). colpite senil (atrofia do epitélio).
	Colo uterino	cervicite, erosão do colo de origem infecciosa
NEOPLASIAS	Vulva	câncer, tumores benignos
	Vagina	câncer, cistos para-vaginais (cistos do canal de Gardner).
	Colo uterino	câncer, pólipos
MISCELÂNEA	Vulva	leucoplasia. mudanças de posição do útero e da vagina (prolapso uterino e vaginal) com formação de cistocele e retocele.
	Colo uterino	Lacerações

Observação: técnica de coleta de material para citologia oncológica (normas e manuais técnicos do Ministério da Saúde - Instituto Nacional de Câncer);

Alterações e sinais de alerta relacionados aos problemas ginecológicos:

A seguir são listados alguns sinais e sintomas relevantes na abordagem da mulher:

PROBLEMA	DEFINIÇÃO
DISTÚRBIOS MENSTRUAIS	<i>Hipermenorragia</i> sangramento menstrual excessivo tanto em relação à duração do sangramento quanto a quantidade de fluxo
	<i>Metrorragia</i> perda de sangramento entre os períodos menstruais
	<i>Amenorréia</i> ausência ou cessação do fluxo menstrual
	<i>Dismenorreia</i> menstruação dolorosa (cólica)
SANGRAMENTO APÓS A MENOPAUSA	
ALTERAÇÕES MAMÁRIAS	<i>Saída de secreção pela papila</i>
	<i>Presença de massa palpável</i>
DISTÚRBIOS URINÁRIOS	<i>Incontinência urinária aos esforços</i>
	<i>Dor e ou ardor ao urinar</i>
DISPAREUNIA	dor durante as relações sexuais
SINUSORRAGIA	sangramento durante as relações sexuais

Promoção e educação para a saúde:

Como medida efetiva para a promoção e educação para a saúde referimos os programas e normas técnicas do Ministério da Saúde e das Secretarias de Estado da Saúde:

Programas: (<http://www.saude.gov.br>)

1. Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo Uterino
2. Programa de Saúde da Mulher:
 - Assistência Ginecológica

- Planejamento Familiar
- Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento
- Mortalidade Materna

3. DST/AIDS

- Normas Técnicas:* (<http://www.saude.gov.br>)
1. Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual Contra Mulheres e Adolescentes
 2. Assistência Pré-Natal
 3. Emergências Obstétricas
 4. Gestação de Alto Risco

Após a leitura deste texto, o (a) enfermeiro (a) deve ser capaz de:

1. Apontar as premissas básicas que estruturam a prática de enfermagem na saúde da mulher
2. Identificar as fases para a efetivação do processo de assistir em enfermagem na saúde da mulher
3. Discorrer sobre a técnica do exame físico das mamas e do exame especular
4. Relacionar as principais afecções identificadas pela inspeção da genitália externa e interna
5. Apontar as alterações e sinais de alerta relacionados aos problemas ginecológicos

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer/ProOnco. O controle do câncer cérvico-uterino e de mama – Normas e manuais técnicos. 3 ed. Rio de Janeiro, Instituto Nacional do Câncer, 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenadoria de Programa de Controle do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Rio de Janeiro, 1995.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Prevenção e detecção. [on line]. Disponível na internet na [www: http://www.inca.org.br](http://www.inca.org.br) (10 abr. 2000)

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer do colo do útero. [on line]. Disponível na internet na [www: http://www.inca.org.br](http://www.inca.org.br) (10 abr. 2000).

BRASIL. Ministério da Saúde. Programas e Projetos. [on line]. Disponível na internet na www.saude.gov.br (10 out. 2000)

JENSEN, M.D.; BOBAK, I.M. Maternal and gynecologic care: the nurse and the family. 3 ed. St. Louis, Mosby, 1985.

Mc GOLDRICK, M. As mulheres e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B. (col.) As mudanças no ciclo de vida familiar: uma estrutura para a terapia familiar. 2 ed. Porto Alegre, Artes Médicas, 1995. Cap.2 : pág. 30-64.

PINOTTI, J.A. Saúde da mulher: conhecendo sua saúde. São Paulo, 1996.

SAÚDE DA CRIANÇA

Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação da Criança

Magda Andrade Rezende¹

Elizabeth Fujimori²

Este texto destina-se a apresentar situações práticas encontradas no cotidiano ao serem estimuladas a amamentação e a alimentação infantil. Sabe-se que a transmissão de informações do profissional de saúde para a pessoa que cuida da criança (mãe ou outro familiar) não acontece de modo uniforme e nem é fácil.

O uso da informação, por sua vez, não acontece automaticamente: a pessoa que as recebe precisa atribuir-lhes um significado a fim de efetivamente incorporá-las e, assim, mudar seu comportamento.

Deste modo, as ações de promoção à saúde tornam-se importante ferramenta de trabalho para o enfermeiro.

Aleitamento materno

O bebê deve ser alimentado com leite humano durante os primeiros seis meses de vida, na medida do possível. Para tanto, é necessário trabalhar junto à mãe desde a fase do pré-natal no sentido de apoiá-la na futura amamentação. As ações de apoio devem continuar durante os meses seguintes. É importante lembrar que a amamentação é mediada pela psiquê e que eventos mediados pelo psiquismo não podem ser prescritos, pois não dependem da vontade do indivíduo. O que se pode fazer, então, é criar situações de apoio à mãe para que amamente.

Assim, não podemos fazê-la sentir-se sobrecarregada emocionalmente, pois isto diminui as chances que ela tem de amamentar. “Por exemplo, quando se diz que basta que a mãe se esforce e tenha interesse para que a amamentação aconteça, estamos ignorando uma série de problemas que ela enfrenta: a dificuldade de adaptação nos primeiros dias após o parto, a época em que retorna ao serviço, o momento em que a criança começa a ingerir outros alimentos, o surgimento dos primeiros dentes da criança, entre outros.” (REZENDE; FOGLIANO, 1999).

Segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu art. 396, a nutriz tem direito a amamentar seu

bebê durante sua jornada de trabalho. Para tanto, deve ter dois intervalos de 30 minutos cada um, até que o bebê complete seis meses. Quando a saúde do bebê exigir, este período de seis meses pode ser dilatado, a critério da autoridade de saúde competente. Tradicionalmente, o serviço médico do INSS é que vem tendo a competência de conceder as autorizações. Quando há berçário no local de trabalho, o tempo de amamentação aumenta (REZENDE, 1992).

Preparo da mãe para a amamentação durante o período de gestação

É importante que o profissional de saúde **não julgue** a mãe em nenhuma fase do processo de ajudá-la a amamentar. Assim, a relação entre gestante e enfermeiro deve compreender:

1. Exploração das expectativas, crenças e experiências anteriores da gestante a respeito de amamentação. Por exemplo: a mãe pode ser de uma família em que poucas ou nenhuma mulher conseguiu amamentar. Assim, ela pode acreditar que é de uma família na qual as “mulheres não produzem leite”.

2. Informações sobre preparo das mamas para amamentação, a técnica de amamentação propriamente dita, reconhecimento da apoiadura e do ingurgitamento e condutas frente a estes.

3. Disponibilidade para eliminar dúvidas a respeito de amamentação, mesmo que pareçam muito simples e banais. Por exemplo, ela pode acreditar que comer determinados alimentos vai causar mal ao bebê. Uma crença destas deve ser respeitada caso o contato com a gestante ainda seja recente: caso disséssemos a ela que isto não tem fundamento ela possivelmente não acreditaria, pois ainda somos estranhos para ela. Nosso conhecimento não vai ser aceito por ela devido ao fato de ser cientificamente testado, mas sim, porque ela acredita em nós. E para que a confiança se estabeleça, é necessário um certo tempo.

Ao se transmitir estas informações, é preciso ter

sempre em mente que a transmissão de informações é a última etapa de um processo estabelecido entre a mãe e o enfermeiro. Antes de transmitir as informações, o enfermeiro tem de se mostrar como uma pessoa que está ali para ajudar, e não julgar. Esta é a base de um vínculo de confiança entre ambos, indispensável para que as ações de educação em saúde tenham efeito.

Quanto à exploração das expectativas:

Para que isto aconteça, pode-se perguntar à mãe:

- Ela está amamentando pela primeira vez ou não?
- Se não é a primeira vez, como foi da primeira?
- Sua mãe amamentou? E suas parentes?
- O que sua mãe, sua família e seu marido “acham” de amamentar?

Durante este processo de perguntas, é aconselhável usar técnicas de comunicação que ajudem a mãe a dizer o que realmente pensa e sente. Assim, deve-se fazer perguntas abertas, que permitam uma resposta ampla, por exemplo: como foi amamentar o primeiro filho? É uma pergunta aberta, que permite à mãe dizer livremente como, de fato, viveu aquele processo. Portanto, é útil fazer convites do tipo: “A sra. pode me dizer como...”, “Qual é a opinião da sra. a respeito...”

Não se pode esquecer que estas perguntas devem ser acompanhadas de uma atitude receptiva, isto é, o profissional deve mostrar, através de sua resposta corporal, que está realmente interessado na resposta (olhar para a interlocutora, oferecer-lhe uma cadeira para que fique sentada durante a consulta, por exemplo). Este modo de conversar está baseado nos princípios da comunicação centrada na pessoa, que recomendamos aos interessados em melhorar suas habilidades (MALDONADO, 1997).

Evidentemente, um processo destes, de compreender a percepção materna a respeito da amamentação, dispende tempo. Assim, é aconselhável fazê-lo em um grupo de mães. As mães serão interessante também conhecer as percepções de outras mães. Quando surgirem situações deste tipo: “Eu sou de uma família na qual as mulheres não têm leite”, pode-se colocar o assunto em debate. Provavelmente, após a discussão o profissional de saúde será chamado a dar sua opinião e poderá fazê-lo usando as próprias experiências que foram ali colocadas.

Assim, no que diz respeito ao tema “não ter leite”, será possível mostrar o quanto a manutenção da lactação depende de um ambiente adequado (por

exemplo, propaganda de leite industrializado atrapalha, pois gera na mãe dúvida quanto à sua capacidade de amamentar). Sabendo-se o quanto a condição ambiental influí, pode-se ajudar a nutrir a pensar em estratégias para se sentir menos vulnerável, por exemplo: valorizar o apoio do grupo e do profissional, descansar na medida do possível – mesmo que só cochilar, hidratar-se, cuidar de sua alimentação, tanto quanto suas condições permitam). A mãe deve ser “alimentada” em sua autoconfiança e auto-estima. Estas são a base de um processo complexo, como é a amamentação.

Quanto à informação sobre preparo para amamentação e dúvidas

As mamas devem ser preparadas para a amamentação. Isto começa por seu exame. Ispencionando-se visualmente, pode-se constatar se o mamilo é protuso ou plano. Caso aparente ser plano, é feito um teste para saber se é realmente plano: provoca-se a protusão, puxando-o com os dedos. Caso ocorra protusão, a criança conseguirá sugar. No entanto, se o mamilo permanecer plano, devem ser indicados exercícios de protusão.

É aconselhável o uso de um sutiã no qual se tenha feito um orifício em cada um dos bojos, de modo a permitir a exteriorização do mamilo. CAMPESTRINI (1991) comprovou que o uso de um sutiã preparado desta maneira, e usado durante os últimos meses da gestação, torna a pele mais forte e menos sensível à dor. Além disto, o uso de um sutiã adequado, isto é, de tecido e estrutura firmes, facilita a retificação de trajeto dos ductos lactíferos e a drenagem de leite no pós-parto.

Durante o último mês de gestação, pode-se ensinar a mãe a extraer colostro para melhorar a permeabilidade dos ductos e facilitar a sucção para a criança. A técnica para fazê-lo está explicitada no quadro abaixo:

Técnica para extração do colostro (VARELA, 1981):

- Massagear a mama toda, de trás para frente com as palmas das mãos, duas ou três vezes ao dia.
- Sustentar a mama com a mão deixando exposta a zona da aréola.
- Colocar o polegar e o indicador da outra mão ao redor da aréola, nas regiões superior e inferior.
- Empurrar ambos os dedos para trás, em movimento de pinçamento que deve ser repetido três ou quatro vezes ao dia. Repetir o processo na outra mama.

Cuidado com a mãe após o parto para apoiá-la na amamentação

Mãe e bebê devem ficar juntos logo após o parto, se possível já nos primeiros minutos, e o alojamento conjunto deve ser instituído o mais cedo possível. Sabe-se que a proximidade física entre ambos estimula a amamentação.

Ao amamentar, a nutriz precisa se colocar em posição confortável, especialmente nos primeiros dias após o parto, pois a cicatriz da episiotomia pode causar muito desconforto e até mesmo dor, causando dificuldade para uma posição confortável. Quando sentada, a mãe deve ficar com os braços e pés apoiados para evitar cansaço da musculatura e tensão. Na posição mais comum, também chamada de *clássica*, a mãe sustenta a criança com o ventre. Na posição *inversa*, o corpo do lactente fica entre o braço e o corpo da mãe. A primeira permite um melhor esvaziamento da mama em seus quadrantes superior externo e inferior interno, enquanto a segunda permite o esvaziamento dos quadrantes superior interno e inferior externo.

Além da posição da mãe, a sucção (pega) da criança precisa ser adequada. Uma técnica incorreta pode causar desmame rapidamente. O lactente deve abocanhar o mamilo e areola (ou parte desta, no caso de ser muito grande) e comprimí-los com a língua contra o palato. Assim, a areola deve ser pressionada pelos lábios e mandíbulas, que, ao se movimentarem para cima e para baixo, causam o esvaziamento dos seios lactíferos. O leite obtido é armazenado na boca e, então, deglutido. Estas ações acontecem durante um certo tempo, em geral 10 ou 20 minutos, sendo então interrompidas pelo lactente para que repouse. Após as mamadas o lactente pode eructar o ar deglutido. No entanto, nem todos ingerem ar, porém devem ser colocados em decúbito lateral direito.

Ambas as mamas devem ser oferecidas ao lactente. Começa-se pela que foi sugada por último na mamada anterior. A amamentação deve acontecer por livre demanda, ou seja, o lactente deve mamar quanto quiser e pelo tempo que quiser. Sabe-se que a livre demanda está relacionada ao aumento de peso mais rápido do que no esquema de horário rígido. Além disto, o bebê deve mamar durante aproximadamente 10 minutos, a fim de receber o leite mais rico em gordura, que é produzido no final da mamada (KING, 1991). Os bebês devem mamar por

livre demanda, isto é, sempre que tiverem fome, o que significa cerca de 8 mamadas durante as 24 horas (BRASIL, 1999, p.7).

Quanto aos cuidados de higiene, somente água deve ser usada antes e depois das mamadas. O banho da nutriz deve ser normal e é somente neste momento que se aconselha o uso de sabonete, uma vez que os agentes desengordurantes removem da pele uma proteção preciosa nesta fase. As mãos devem ser lavadas com água e sabão antes de cada mamada.

As crianças podem mamar de modos diferentes (PELLINI, 1981). Assim, há as que mamam vigorosamente, as que sugam e interrompem a mamada freqüentemente chorando e as que sugam alguns minutos e descansam calmamente durante outros. De um modo geral, estes padrões diferentes de sucção acontecem apenas durante os primeiros dias de vida, após o qual, a maior parte consegue estabelecer um padrão eficiente e regular de sucção.

Caso o bebê esteja com dificuldade para mamar, se faz o seguinte:

Verificação da adequação da sucção (RIORDAN, 1980):

1. Verifica-se se as bochechas estão se retraiendo excessivamente. Quando isto ocorre, a sucção está sendo ineficaz.
2. Localiza-se a língua por palpação. Ela pode estar enrolada, ao invés de embaixo do mamilo e areola.
3. Observar o ruído que a criança faz ao sugar. Uma boa sucção é acompanhada de um forte ruído. Um ruído suave indica problemas.

Para interromper a sucção, a nutriz deve colocar a ponta do dedo mínimo em uma das comissuras labiais do lactente. Isto desfaz a pressão negativa e o bebê pode ser retirado sem causar lesão ao mamilo.

Amamentação quando a criança está doente

A amamentação auxilia a recuperação da criança em uma situação de doença devido à sua adequada composição nutricional (KING, 1991). Caso ela não consiga mamar diretamente no peito, o leite deve ser ordenhado e lhe dado por copinho, o que evita que ela fique confusa quanto ao modo de sugar. Caso fique hospitalizada, sua mãe deve acompanhá-la. Neste caso, deve-se contar com alojamento, refeições e ambiente tranquilo. É fundamental que o profissional de Enfermagem perceba o quanto importante é apoiar a mãe, pois caso ela fique cansada ou estressada, terá grande probabilidade de ter hipogalactia. No próximo

quadro, apresenta-se a técnica de ordenha manual.

Ordenha manual segundo VINHA (1983):

- Primeiramente, fazer compressão suave, mas firme, da aréola, para esvaziar os depósitos subjacentes.
- A seguir, ir em direção aos depósitos mais distantes, que estão na base da mama.
- No entanto, se há ponto dolorido devido a ingurgitamento, no trajeto entre aréola e base da mama, deve-se primeiro drená-lo. Para isto, se faz massagem suave e circular sobre o ponto em questão (cerca de 10 movimentos). Com a mesma pressão ou pouco mais, são feitos movimentos em direção à aréola, na qual se aumenta a compressão, a fim de que o leite saia.
- A seguir, continua-se ao longo de toda a base da mama.
- Caso a mama esteja muito ingurgitada e o leite demorando a sair, repete-se a massagem.
- O leite deve ser recolhido em vasilhame limpo.

Iniciando Alimentos de Desmame (dos 6 aos 7 meses)

A amamentação exclusiva até o sexto mês é a melhor opção de alimentação da criança. No entanto, a passagem da amamentação exclusiva para a mista (isto é, aleitamento materno mais outros alimentos) deve acontecer de modo gradual e planejado. Estes alimentos são chamados de complementares, de desmame ou de transição (BRASIL, 1999). Vamos apresentar a proposta alimentar da Estratégia AIDPI (Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância) da OPAS, UNICEF e Ministério da Saúde do Brasil (BRASIL, 1999).

É importante considerar o *tipo de alimento oferecido, a consistência, o modo de preparo e o modo de oferecer*. Inicia-se com frutas da estação, sempre maduras. Deverem ser oferecidas amassadas ou raspadas. A quantidade deve ser de 2 até 6 colheres de sopa (aumentando-se gradualmente). Pode-se também iniciar dando purês de legumes e cereais, nas mesmas quantidades.

Caso as frutas ou legumes sejam preparados sob a forma de purês ou sopas, usa-se água, suco de fruta ou leite materno para completar o seu preparo. Começa-se com só um tipo de fruta ou legume que, a cada 2 ou 3 dias, pode ser substituído por outro, para se testar a tolerância da criança. Sal ou açúcar devem ser evitados ou usados em pouca quantidade.

Começa-se oferecendo uma refeição por dia, aumentando-se até 3. Sempre que possível, a amamentação deve ser mantida.

No caso de sopas e mingaus a consistência deve ser espessa o suficiente para serem oferecidos com colher. É comum no Brasil dar-se à criança, na mamadeira, mingaus ou sopas muito ralos.

Isto é contra-indicado por 2 motivos:

- Alimentos mais ralos são menos calóricos.
- Não acostuma a criança ao uso da colher e introduz (ou perpetua) o uso da mamadeira.

Caso a criança não esteja mais mamando no peito, deve receber 5 refeições diárias.

Não se recomenda o uso de leite isoladamente como refeição no primeiro ano de vida (exceto o materno).

A refeição da criança deve ser preparada com óleo ou gordura, temperos suaves (salsa, cebolinha, cebola, alho) e pouco sal. Os alimentos usados devem ser: os facilmente encontrados na região, que estejam bem conservados e mais acessíveis em termos de preço. Estes alimentos formam os seguintes grupos:

1. Alimentos de base: É o característico de cada região. Pode ser um cereal, tubérculo ou raiz. Geralmente contém amido e é barato. Exemplos: arroz, milho, trigo, mandioca, batata-doce.

2. Leguminosas: São muito nutritivas. Combinadas ao alimento de base, seu benefício nutricional é semelhante ao produto de origem animal. Exemplo: feijão, ervilha, lentilha, grão de bico.

3. Proteína animal: São mais caros. Oferecer mesmo que em pequena quantidade, pois melhoram a qualidade da alimentação. Favorecem o crescimento e são importante fonte de ferro heme (que é melhor absorvido).

4. Vegetais de folha verde-escuro ou amarelo-alaranjado: Fontes de vitamina A e de ferro não-heme (menos absorvido). Seu aproveitamento melhora quando ingeridos com vitamina C e produtos de origem animal.

5. Frutas: Fontes de vitaminas, minerais e fibras. Importantes para o desenvolvimento do paladar.

6. Óleos, gorduras e açucares: Úteis devido à alta densidade enegética. Assim, é possível aumentar o valor calórico da refeição sem modificar o volume. Tornam o alimento mais saboroso e macio.

Os alimentos dos 6 grupos devem ser usados nas refeições infantis. Cada uma delas deve ter um alimento base mais uma leguminosa ou proteína animal, no mínimo.

A proporção deve ser 4:1:1, isto é, 4 partes de alimento-base, 1 parte de alimento protéico (animal ou leguminosa) e 1 parte de outros alimentos.

Alimentação de crianças de 8 a 11 meses

Caso não seja possível preparar alimentos especiais, pode-se dar à criança a própria refeição da família, desde que amassada ou cortada em pequenos pedaços. O volume mínimo a lhe ser oferecido por refeição deve ser equivalente a 6 colheres de sopa. É importante que ela deixe sobras no prato. Assim, teremos a certeza de não estar ficando com fome. A criança deve ter seu próprio prato e ser auxiliada a comer por um adulto. Caso esteja ainda mamando no peito deve receber 3 refeições por dia, caso não, deve comer 5.

O modo de preparar é idêntico ao anterior (de 6 a 7 meses).

Alimentação de crianças de 1 ano ou mais

Os alimentos têm de ser gradualmente oferecidos em pedaços um pouco maiores. Deve-se sempre estar atento se a criança está conseguindo mastigar e ingerir alimentos de todos os grupos oferecidos. Nesta idade, a criança está ativamente envolvida com sua habilidade de levar a colher à boca. A satisfação que sente ao fazê-lo é tão grande que corre o sério risco de não comer a quantidade necessária por ficar “brincando”. Assim, o adulto deve oferecer-lhe porções de comida. Espera-se que ela coma a maior parte da refeição (8 colheres de sopa).

À medida que ela cresce, a alimentação é cada vez mais um acontecimento social. Assim, é importante levar isto em conta: aceitará ou não os alimentos conforme for percebendo que os adultos ou outras crianças ao seu redor os aceitam ou não.

Princípios gerais da alimentação infantil

A alimentação da criança é crucial para seu crescimento e desenvolvimento. O ato de alimentar-se não é apenas biológico, mas também social e psíquico. Desse modo, é importante que desde o momento do desmame, seja alimentada em condições adequadas, tanto no domicílio, quanto na creche (que também pode ser chamada de berçário, escolinha, pré-escola, jardim-de-infância, etc.). Isto envolve:

1. o cardápio;

2. o modo de oferecer o alimento (apresentação do alimento, local usado para oferecer a refeição, uso ou não de talheres adequados, ambiente físico e

psicológico);

3. avaliação da quantidade de alimento ingerido (é aconselhável que ela sempre deixe uma pequena sobra);

4. a aceitação dos diferentes tipos de alimentos;

5. a adequada mastigação do alimento;

6. a adequada hidratação no intervalo entre as refeições.

Assim, detalham-se a seguir cada um destes fatores, devido à sua importância:

1. A oferta alimentar deve ser balanceada. A mãe deve ser orientada a oferecer alimentos dos vários grupos. No caso de creches, em geral o cardápio oferecido é elaborado a partir de planejamento padronizado realizado por nutricionistas. No entanto, é importante verificar se não acontecem substituições erradas, algo que pode acontecer.

2. O modo de oferecer o alimento é muito importante. De nada adianta ter um cardápio balanceado e bem preparado (isto é, de acordo com os cuidados higiênicos) se a oferta do alimento à criança não se der em condições adequadas. Supervisionar e zelar por estas condições é uma ação de cuidado, portanto objetivo dos cuidados de Enfermagem. É importante lembrar que a apresentação do alimento deve ser adequada para a idade da criança. Assim, bebês de 3 a 8 meses receberão suas refeições basicamente pastosas ou líquidas. De 8 a 18, o alimento deve ser amassado (com o garfo, por exemplo) ou cortado em pedaços muito pequenos (a carne, por exemplo, pode ser moída ou cortada em pedaços muito pequenos, de aproximadamente 0,5cm, sem esquecer, porém, que nesta fase é importante que a criança receba biscoitos ou pedaços grandes de carne para “mastigar”). Já a criança com mais de 18 meses come praticamente como adulto, no que diz respeito à apresentação do alimento.

O local no qual ela se alimenta deve ser, na medida do possível, tranquilo para que possa realmente se concentrar na tarefa de alimentar-se e para fazê-lo prazerosamente. Em geral, creches têm dificuldade de prover um ambiente tranquilo devido ao grande número de crianças atendidas. Este problema exige o máximo da equipe da instituição, a fim de ser minimizado.

Da mesma forma, os talheres usados devem ser adequados em tamanho para as diferentes idades. Não é aconselhável o uso de talheres de plásticos,

porque podem se romper facilmente quando a criança os morde e seus fragmentos são perigosos.

Finalmente, não se pode deixar de chamar a atenção para o papel da mãe ou do educador da creche, que deve incentivar a criança a provar e a comer os diferentes alimentos. É necessário que o adulto saiba que suas próprias preferências alimentares não têm que ser transmitidas à criança. O enfermeiro deve lembrar todos estes pontos, tanto à mãe quanto à equipe da creche, no caso de fazer sua supervisão.

É preciso que a mãe e o educador na creche tenham clareza de que o que dizem à criança e o modo como o fazem podem influenciá-la na forma de "perceber" o alimento. Isto é uma das bases para uma ingestão adequada.

3. Para que se tenha uma idéia de que uma criança muito pequena (a que ainda não consegue se expressar de modo claro, ou seja, até cerca de 18 meses) está se alimentando adequadamente, é aconselhável que deixe **sobra**. Isto é válido para refeições sólidas e líquidas. No caso de creches, é válido para crianças de todas as idades, pois, como em geral estas instituições dispõem de um quadro de pessoal reduzido, torna-se difícil supervisionar cada uma de modo adequado (esta é uma constatação, não querendo que se perpetue; todos os esforços devem ser feitos a fim de que as creches contem com uma equipe de trabalho corretamente calculada, em função do número de crianças atendidas). Assim, a prática da sobra no prato torna-se uma norma de segurança, pois assegura que a criança está se alimentando até a completa satisfação. Contudo, isto não substitui a supervisão adequada de sua ingestão.

4. É importante que o adulto supervisione a criança e a estimule a comer os **diferentes tipos de alimentos**. Tanto as mães, quanto as creches devem ajudá-las a tocar nos alimentos, sentir o cheiro e até a textura, recursos que podem ser utilizados no caso de alimentos evitados ou novos no cardápio. A horta caseira também é um recurso interessante. Evidentemente, não é a quantidade de alimento plantado que fará diferença no momento do preparo da refeição (especialmente em creches!). O importante é que a criança sentir-se-á valorizada por ter plantado e colhido o alimento. Outros recursos podem ser usados, tais como: a degustação prévia ao horário da refeição, desenhos, brincadeiras, etc.

Na creche Carochinha de Ribeirão Preto (SP) foi

usado o teatro para apresentar verduras às crianças (COSTI, GUIMARÃES, 1998). Assim, a equipe criou "Maria Chicória", um personagem representado por um adulto fantasiado, que conversava com as crianças apresentando-lhes frutas, verduras e legumes. A interação personagem/criança gerou situações que levaram as crianças a experimentar novos alimentos.

Outro recurso útil é as crianças "ajudarem" nas atividades relacionadas às refeições (preparar alimentos, colocar os pratos na mesa, etc.). O sistema de auto-serviço (*self service*) também é útil. Todavia, seja qual for a estratégia escolhida, a base para um trabalho de boa qualidade é uma equipe preparada para transformar um cardápio racional em uma experiência emocionalmente rica. Assim, o alimento nutre duplamente.

5. É também muito importante que o adulto supervisione a **mastigação** da criança. Não é incomum que encontremos, até mesmo as mais próximas da idade escolar, as que não mastigam ou mastigam muito pouco. Isto acontece por várias causas: hábito alimentar da família (devido à pressa, por exemplo), consistência inadequada do alimento oferecido (por exemplo, liquidificados ou pastosos em uma fase em que já não há necessidade disto) e o uso da chupeta ou mamadeira, que podem causar má oclusão dentária, chegando, inclusive, a situações graves de síndrome de respiração bucal.

6. Finalmente, convém lembrar que deve ser oferecida **água** à criança no intervalo das refeições, devendo-se evitar que ela beba água ou suco durante as refeições, uma vez que isto induz à não-mastigação, além de diluir o suco gástrico e causar plenitude e saciedade, sem que ela tenha se alimentado de modo satisfatório.

Ao final desta leitura, o profissional deverá estar em condições de:

- Auxiliar a gestante a se preparar para a amamentação;
- Auxiliar a mãe a amamentar e a realizar desmame de modo adequado;
- Auxiliar a mãe a organizar a alimentação da criança de modo correto, gastando um mínimo;
- Organizar os momentos de alimentação infantil coletiva em creches de modo que estimulem a formação de hábito saudável.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Mundial da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: aconselhar a mãe ou o acompanhante. Brasília, 73p. (curso de capacitação), 1999.

CAMPESTRINI, S. Tecnologia simplificada na amamentação. Curitiba, Ibrasa/Champagnat, 1991.

COSTA, E. A. A. da; GUIMARÃES, L. Bem-vinda, Dona Maria Chicória. In: ROSSETTI-FERREIRA, M.C.; MELLO, A. M.; VITORIA, T.; GOSUEN, A.; CHAGUKI, A.C. Os fazeres na educação infantil. São Paulo, Cortez, pp. 123-5, 1998.

KING, F. S. Como ajudar as mães a amamentar. Londrina, Univ.Est.Londrina, 177p., 1991.

MALDONADO, M. T. Comunicação entre pais e filhos: a linguagem do sentir. São Paulo, Saraiva, 22^aed., 1997.

PELLINI, E. A. J. Aspectos obstétricos do aleitamento. Clín.Pediat. v.5, n.3, pp.63-9, 1981.

RIORDAN, J. et al. Basics of breastfeeding. Part IV. Jogn Nurs. v.9, n. 50, pp.277-83, 1980.

REZENDE, M. A. Aleitamento natural numa creche governamental da cidade de São Paulo. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. São Paulo, 173p., 1982.

REZENDE, M. A.; FOGLIANO, R. R. F. Aleitamento natural e alimentação da criança. In: CHAUD, M. N.; PETERLINI, M. A. S.; HARADA, M. de J.C.S.; PEREIRA, S.R. (org.) O cotidiano da prática de enfermagem pediátrica. São Paulo, Atheneu, cap.5, pp.25-39., 1999.

SÃO PAULO. SECRETARIA DO MENOR. Creche/Pré-escola/Secretaria do menor. São Paulo, 1992.

VARELA, C. B. A arte de amamentar seu filho. Petrópolis, Vozes,1981.

VINHA, V. H. P. Amamentação materna: incentivo e cuidados. São Paulo, Sarvier, 1983.

Assistência de Enfermagem à Criança com Agravos Respiratórios

*Maria De La Ó Ramallo Veríssimo¹
Cecília Helena de Siqueira Sigaud²*

Este texto aborda os cuidados de enfermagem que podem ser prescritos pela enfermeira para o atendimento da criança com agravo respiratório agudo, no domicílio. As ações aqui descritas respondem às necessidades da maior parte das crianças que apresentam algum problema respiratório, promovendo seu bem-estar e evitando a piora do quadro.

Agravos respiratórios na infância

Aproximadamente metade das crianças que demandam os serviços de saúde apresentam algum sintoma respiratório, como: tosse, coriza, dificuldade para respirar, "chiado no peito", dor de garganta ou ouvido, associados ou não a mal-estar geral, febre e inapetência. Portanto, os profissionais de saúde precisam estar aptos para avaliá-las de forma a detectar agravos precocemente e instituir os tratamentos apropriados, evitando piora do quadro, com seqüelas e, até, morte.

Assim, todas as que demandam o serviço de saúde, ainda que não seja por uma queixa respiratória, devem ser avaliadas quanto à presença de tosse ou dificuldade para respirar, conforme preconizado na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Para tanto, é possível que seja necessário reorganizar o serviço de saúde de tal forma que todos os atendimentos contemplam ações de manejo de casos, bem como de prevenção e promoção à saúde.

Magnitude dos agravos respiratórios na infância

Dentre os agravos respiratórios na infância destacam-se as infecções, geralmente divididas em dois grandes grupos:

- aquelas que acometem o trato respiratório superior (rinosafaringite viral, amigdalite, otite e sinusite);
- as do trato respiratório inferior (pneumonia,

bronquiolite). Ao lado das infecções respiratórias, encontram-se também as doenças chiadoras (asma, bronquite).

As doenças respiratórias causam a morte de mais de dois milhões de crianças por ano em todo o mundo, na sua maioria menores de um ano, vivendo em regiões pobres. No Brasil, os problemas respiratórios, principalmente a pneumonia, causam 22,3% das mortes de crianças de 1 a 4 anos, ocupando o primeiro lugar entre as causas de morte, e compreendem mais de 50% das causas de internação hospitalar, nesta faixa etária.

Nos prontos-socorros e postos de saúde, entre 30% e 50% das crianças atendidas apresentam algum sintoma respiratório. De cada quatro com problemas respiratórios, três têm apenas resfriados, que, embora de menor gravidade, causam mal-estar, pois provocam febre, tosse, dor ou dificuldade para respirar e inapetência. Outro problema associado é o uso frequente de medicamentos desnecessários e, até, prejudiciais.

Ações de enfermagem para o cuidado da criança com IRA

A estratégia AIDPI propõe o manejo padrão dos casos de crianças com tosse ou dificuldade para respirar, que envolve a avaliação e classificação do problema, bem como as condutas terapêuticas correspondentes. As enfermeiras capacitadas para a aplicação da estratégia estão habilitadas a implementar todas as ações preconizadas, inclusive as terapias medicamentosas, uma vez que se trata de um protocolo de atenção de casos. No conjunto das ações, são enfatizadas as práticas de cuidados domiciliares que visam a prevenção do agravamento dos quadros e que devem ser observadas de forma a atender todas as crianças

que apresentam algum sintoma respiratório. A seguir, expomos esse conteúdo, acrescido de outros cuidados que também contribuem para a recuperação da criança.

De forma a prestar um melhor cuidado à criança, deve-se ter como uma das principais preocupações identificar a compreensão da mãe ou cuidador em relação à situação de saúde da criança, incluindo o que é o agravo, o porquê dos sintomas, os fatores que podem tê-lo desencadeado e agravado, bem como suas idéias relativas ao enfrentamento do problema. A partir daí, é importante reforçar o conhecimento correto e esclarecer questões equivocadas e suas dúvidas. Com base neste conhecimento compartilhado, profissional e cuidador podem estabelecer quais ações são necessárias e possíveis para a realização do cuidado da criança.

A seguir, são apresentadas ações de promoção à saúde, prevenção e recuperação de agravos respiratórios, que devem ser ponderadas no que diz respeito à situação de cada criança e família.

1. Certas medidas contribuem para prevenir a disseminação da infecção e/ou proteger a criança de novas contaminações: manutenção do ambiente ventilado, lavagem freqüente das mãos da criança e dos cuidadores, especialmente após limpeza nasal, uso de material descartável para limpeza nasal, ensiná-la a levar a mão à boca quando tossir ou espirrar, deixá-la dormir em quarto ou cama individual.

2. Condutas para controle da febre: monitorar a temperatura da criança, para identificar surgimento ou piora da febre (ou hipotermia, especialmente para as menores de 2 meses); para temperatura igual ou superior a 38°C, manter roupas leves e ambiente arejado, oferecer líquidos frios e realizar banho morno; usar medicamento antitérmico, lembrando que drogas à base de ácido acetilsalicílico são contraindicadas e que se podem associar diferentes substâncias em horários alternados em caso de febre persistente.

3. Ações que visam manter a alimentação e hidratação. É importante que a mãe saiba que uma diminuição do apetite é esperada e temporária, durante o curso da doença, e que, posteriormente, a criança poderá recuperar seu ritmo de crescimento. A fim de garantir que a criança receba alimentos nutritivos e evitar problemas futuros com a alimentação, deve-se aumentar a freqüência e diminuir

o volume das refeições, além de aumentar a oferta de calorias da dieta.

4. Para prevenir a desidratação, decorrente de taquipnêia, anorexia, vômito, diarréia e/ou febre, deve-se oferecer-lhe líquidos em intervalos freqüentes. Sucos ou refrescos de frutas, gelatinas naturais, caldos de legumes ou carne fornecem calorias e prevenem a desidratação. Quando a criança está inapetente, pode-se estimulá-la a aceitar mais líquidos, oferecendo-os em copos coloridos, com canudinho ou durante uma brincadeira, como, por exemplo, combinar que ela tomará um gole cada vez que for virada uma página de um livro que está sendo lido para ela. Para as crianças que são exclusivamente amamentadas, aumentar a freqüência da amamentação.

Os problemas respiratórios provocam desconforto respiratório devido ao aumento das secreções das vias aéreas. Além de causar irritação e obstrução, as secreções são rico meio de cultura de microorganismos, favorecendo o surgimento de infecções bacterianas secundárias. Para eliminá-las, recomenda-se ações para fluidificação, mobilização e remoção das secreções.

5. A umidificação reduz a inflamação local, mantém as mucosas úmidas e fluidifica as secreções. Manobras para **fluidificar secreções:** aumentar a oferta de líquidos é a ação mais eficaz. Pode-se também utilizar vapor, abrindo o chuveiro quente até formar uma nuvem de vapor. Ficar com a criança nesse ambiente, brincando por 10 a 15 minutos, com a porta fechada, duas vezes ao dia. Ao sair, trocar as roupas úmidas. Os aparelhos elétricos para vaporização mantêm um fluxo contínuo de vapor e, geralmente, são utilizados à noite, enquanto a criança dorme. Deve-se colocar o aparelho abaixo e a uma distância aproximada de um metro da criança, evitando-se contato direto com o vapor próximo à saída do aparelho. Sempre utilizar água tratada e lavar o recipiente diariamente. A umidificação do ambiente favorece a proliferação de fungos e, portanto, é importante garantir boa insolação, ventilação e limpeza do mesmo.

Outra forma de fluidificar as secreções é a inalação. Pode ser realizada no serviço de saúde ou no domicílio, se houver disponibilidade de aparelhagem adequada. Utiliza-se 5 a 10ml de soro fisiológico ou água destilada. O emprego de medicamentos na inalação só deve ser feito sob orientação de profissional capacitado. Essas intervenções podem intensificar a tosse e o desconforto respiratório, pois

mobilizam as secreções mais rapidamente do que estão sendo removidas e até mesmo a própria água pode provocar bronco-espasmo. Deve-se estar atento às reações da criança durante o procedimento, interrompendo-o por instantes, se necessário, para cessar o estímulo e remover as secreções mobilizadas.

6. A mobilização e remoção das secreções pulmonares pode ser feita mediante drenagem postural, percussão e tosse.

A *drenagem postural* consiste em alternar a posição da criança, de forma a facilitar a drenagem da secreção dos lobos pulmonares pela ação da gravidade. A própria movimentação habitual da criança já provoca o deslocamento das secreções, por isso pode-se permitir que ela se movimente na medida em que se sentir confortável.

A *percussão* ou *tapotagem* é feita batendo-se a mão em concha sobre toda a caixa torácica da criança de maneira gentil e firme ouvindo um som surdo. É mais efetiva quando realizada após inalação. Interromper o procedimento caso provoque desconforto, como dor ou piora da dispneia.

A *tosse* é um mecanismo reflexo que promove a expectoração e eliminação das secreções. Portanto, não deve ser inibida nem mesmo utilizados medicamentos para sedá-la. Para acalmar a tosse, quando intensa, podem-se utilizar chás e xaropes caseiros à base de mel e folhas, tais como: hortelã, poejo ou agrião. Orientar a mãe a buscar nova avaliação do profissional de saúde se a criança apresentar tosse durante período superior a 30 dias.

7. Para remover as secreções nasais, o primeiro passo é a lavagem das narinas com soro fisiológico (comercial ou caseiro), que pode ser realizada tanto em bebês como em crianças maiores, com efeito bastante positivo em seu bem-estar. A solução caseira pode ser preparada usando-se água e sal de cozinha na proporção de uma colher de café rasa de sal para 100 ml de água tratada e filtrada, ou fervida, caso não se disponha de água tratada. Desprezar sobras da solução após 24 horas de seu preparo. Nas aplicações, usar de 0,5 a 1ml de soro morno (1/2 a 1 conta-gotas ou 10 a 20 gotas) em cada narina várias vezes ao dia. A seguir, fazer limpeza nasal cuidadosa com cotonete ou pano de algodão absorvente e macio, torcido. Pode-se ainda: aspirar as narinas, cuidadosamente, com uma “pêra” de borracha ou plástico macio; “tapotar” ou percutir a base do nariz usando as pontas dos dedos. Atenção: para a automedicação, que é muito frequente, no caso das

gotas nasais, o uso de soluções com vaso-constritor ou corticosteróides é contra-indicado e de grande risco para crianças.

8. Uma das principais dificuldades para o tratamento da criança doente é **administrar medicações**, principalmente no que se refere à recusa da criança. Assim, as orientações devem conter também esse aspecto. Alertar que nunca se deve mentir dizendo que a medicação é gostosa. Isso fará com que a criança perca a confiança, pois em geral isso não é verdade. Nunca chantageá-la nem ameaçá-la. O objetivo deve ser construir uma situação favorável à cooperação. Para tanto, dizer a ela que precisa tomar o medicamento, mesmo que seja um bebê. Explicar, segundo sua compreensão, como isso poderá ajudá-la, dizendo, por exemplo, que “vai diminuir a tosse ou a dor de ouvido” e como ela irá sentir, isto é, se o remédio é amargo ou muito doce. Nunca comparar o medicamento a uma guloseima, mesmo que tenha um sabor agradável, pois isso pode estimular a ingestão acidental do mesmo pela criança. Oferecer uma escolha possível como “Você quer tomar sozinha ou a mamãe ajuda?”, “Depois do remédio, você quer tomar água ou um pouco de suco?”.

Estimular o hábito de conferir a validade dos medicamentos e de mantê-los fora do alcance das crianças. Assegurar-se de que a mãe/cuidador compreendeu como preparar a dose correta, a via e os horários de administração, bem como a duração do tratamento. Lembrar que xaropes e suspensões devem ser agitados antes do uso e os liofilizados devem ser reconstituídos com água potável, tendo-se o cuidado de adicionar o volume indicado e observar a validade após a reconstituição. Para crianças pequenas, é mais fácil utilizar uma seringa do que um copo ou colher, uma vez que permite administração lenta numa região mais lateral da boca, dificultando perdas.

9. Para toda criança com infecção respiratória aguda (IRA), devem-se orientar a mãe e os cuidadores a **identificar os sinais de gravidade**, que demandam a busca imediata de atendimento: piora do estado geral, ou surgimento de febre, não conseguir beber ou mamar, aumento da frequência respiratória, dificuldade para respirar mesmo após limpeza das narinas. Entre os menores de dois meses, além destes, é sinal de gravidade a diminuição da aceitação alimentar.

10. Estimular o **aleitamento materno** exclusivo até o sexto mês e a **vacinação**, pois estes são fatores protetores, isto é, que reduzem as chances de

adoecimento por IRA.

Além dos cuidados à criança, há intervenções no ambiente domiciliar que contribuem para reduzir fatores de risco e de agravamento das infecções respiratórias agudas, que têm sido comprovados também como fatores de risco para mortalidade por doenças respiratórias, tais como os descritos a seguir.

1. O fumo no interior da casa, é um dos piores fatores de risco e, mesmo na ausência da criança, pode prejudicá-la, uma vez que a nicotina impregna os tecidos em geral e é suficiente para desencadear o problema infantil. Devem-se, ainda evitar outras fontes de fumaça, como queima de madeira produzida no uso de fogão à lenha ou lareira e aquecedores de ambiente à base de querosene.

2. A presença de umidade, mofo ou bolor é um fator de risco importante. Para eliminá-lo, realizar limpeza do local com água sanitária, seguida de secagem. Após o procedimento, o ambiente deve ser ventilado, mantendo-se as janelas e portas abertas por algumas horas. A ventilação e insolação do ambiente evitam o aparecimento deste problema.

3. A aglomeração aumenta a oportunidade de infecção cruzada entre as pessoas no ambiente. Estimular que, particularmente no que diz respeito ao dormitório, as crianças pequenas o compartilhem com o menor número de pessoas possível e que este possa contar com ventilação.

4. A friagem, avaliada pela variação de temperatura no interior do domicílio, foi constatada como um importante fator associado à incidência de problemas respiratórios. O controle desse fator é possível pela melhoria das condições da construção da habitação, utilizando materiais e técnicas que isolam melhor a temperatura externa, tais como: paredes de tijolos e com reboque.

Além dos fatores de risco já descritos, o baixo peso ao nascer e o desmame precoce também predispõem a criança às infecções respiratórias. Neste sentido, a enfermeira deve identificar as crianças que apresentem esses fatores de risco na população, e priorizar o atendimento, mediante ações de prevenção e promoção à saúde a esses grupos mais vulneráveis.

Ao final deste texto, a(o) enfermeira(o) deverá estar apta(o) a:

- delinear um plano de assistência domiciliar à criança com infecção respiratória aguda (IRA);
- descrever os sinais de gravidade que demandam busca imediata de atendimento de saúde para uma criança com IRA a serem orientados para a mãe/cuidador;
- identificar os fatores de risco para IRA a que estão expostas as crianças usuárias do serviço de saúde.

BIBLIOGRAFIA

BENGUIGUI, Y. et al. Infecções respiratórias agudas: fundamentos técnicos das estratégias de controle. Washington D. C., OPAS (OPS. Série HCT/AIEPI-8.P), 1997.

BENGUIGUI, Y. (ed.) Infecções respiratórias em crianças. Washington D. C., OPAS/OMS (OPAS. Série HCT/AIEPI-1.P), 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância. [on-line]. Disponível na Internet: < <http://www.saude.gov.br/programas/crianca/crianca/aidpi.htm> > (18dez.00).

CARDOSO, M. R. A. Indoor environmental risk factors for lower respiratory diseases in young children in São Paulo, Brazil. London, 257p. Thesis (Doctor degree). University of London, 1997.

MOTT, S. R.; JAMES, S. R.; SPERHAC, A. M. Nursing care of children and families. 2. ed. Redwood, Addison-Wesley Nursing, 1990.

SIGAUD, C.H.S.; VERÍSSIMO, M. De La Ó R. Enfermagem Pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. São Paulo, EPU, 1996.

SCHMITZ, Edilza Maria R. A enfermagem em pediatria e puericultura. Rio de Janeiro, Atheneu, 1995.

WONG, D. L. Whaley & Wong. Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva. 5^a.ed., Rio de Janeiro. Guanabara Koogan, 1999.

Assistência de Enfermagem à Criança com Diarréia Aguda e Desidratação

Cecília Helena de Siqueira Sigaud¹

Magda Andrade Rezendo²

Através deste documento, pretende-se apresentar informações sobre o cuidado da criança com diarréia aguda e desidratação, entendido como as ações voltadas para o manejo dos casos, além das medidas de promoção à saúde e prevenção do problema.

Define-se diarréia aguda enquanto “uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da freqüência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria). A maioria dos episódios de diarréia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura menos de 2 semanas.” É um processo autolimitado, que, em geral, não necessita tratamento medicamentoso. As complicações mais freqüentemente associadas às doenças diarréicas são as septicemias e meningites.

Magnitude do problema

No panorama nacional, as doenças diarréicas ocupam o terceiro lugar entre as causas de mortalidade em crianças de 1 a 4 anos, passando à segunda posição na faixa etária de menores de 1 ano. Entretanto, há diferenças consideráveis entre as diversas regiões do País. Assim, na região Nordeste, o risco de morte por diarréia chega a ser de 4 a 5 vezes maior que na região Sul, representando cerca de 30% do total de mortes no primeiro ano de vida.

A situação da diarréia em crianças continua grave em algumas localidades de nosso país. Assim, um levantamento epidemiológico recente, realizado em Fortaleza (CE), detectou um índice de 55% de causa de mortalidade por diarréia em um grupo de crianças entre 7 dias e 23 meses.

As doenças diarréicas, juntamente com as infecções respiratórias agudas (IRA) e a desnutrição, constituem-se nas principais causas de morbidade e mortalidade infantis na região das Américas, seja isoladamente ou em conjunto com outras moléstias infecciosas, tais como tuberculose, malária, dengue e outras preveníveis por imunização.

Dada a importância que tais doenças assumem no perfil de morbi-mortalidade infantil, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS), e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) propuseram a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) visando o seu controle através do “manejo padrão de casos”. Valendo-se de critérios padronizados de avaliação, classificação e tratamento, esta proposta permite que seja utilizada por profissionais médicos e não-médicos, o que fortalece a capacidade resolutiva do nível primário de saúde.

A estratégia AIDPI tem como objetivos específicos: a redução da mortalidade por doenças prevalentes em menores de 5 anos, a redução da incidência e gravidade dos casos e a melhoria da qualidade de atendimento à criança nos serviços.

Preconiza uma avaliação global das crianças, possibilitando a detecção de problemas que não tenham motivado a sua ida ao serviço. Inclui ainda ações de vigilância e de promoção à saúde, que incrementam a integralidade de atenção à saúde infantil. Finalmente, ao colocar ao alcance da população tecnologias de diagnóstico e tratamento, alcança maior equidade no acesso à atenção de saúde (BENGUIGUI, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; ORGANIZACIÓN..., 2000).

Cabe destacar que as crianças oriundas de famílias que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis (em situação de pobreza e miséria) estão sujeitas a um maior risco de adoecimento e morte por diarréia. Isto ocorre porque esta situação de vida, em geral, reúne vários dos fatores que expõem a criança e a tornam vulnerável, tais como: menor grau de escolarização materna, piores condições de moradia, precário saneamento básico do meio, menor acesso aos serviços de saúde e elevado número de crianças menores de 5 anos na casa, entre outros.

Ações de enfermagem para a promoção à saúde, prevenção e tratamento da criança com diarréia aguda e desidratação

Sabe-se que as crianças mais vulneráveis à diarréia aguda e suas consequências são as jovens (menores de 5 anos), principalmente as com idade inferior a 1 ano. No entanto, há evidências de que, mesmo entre as que estão em idade escolar, a diarréia aguda permanece como um importante problema. Assim, as medidas de cuidado apresentadas a seguir devem ser devidamente valorizadas, especialmente quanto menor for a criança.

Educação da mãe para a saúde

A mãe precisa conhecer informações a respeito da doença do filho: o que é, seu curso e cuidados que pode realizar no domicílio. São conhecimentos importantes para garantir uma pronta recuperação da criança, prevenir novos episódios e evitar a disseminação da moléstia na família, conteúdos estes desenvolvidos no presente texto.

Além disso, sabe-se que mais de 50% das mães que têm filhos menores de 5 anos não estão aptas a identificar sinais de alarme no caso de diarréia. Assim, elas têm de ser ensinadas a reconhecer os sinais que demandam seu retorno imediato ao serviço: a criança não consegue beber ou mamar, piora do estado geral infantil, aparecimento ou piora da febre, sangue nas fezes ou dificuldade para beber.

É importante que o profissional compreenda como a mãe está interpretando o que está acontecendo com seu filho, uma vez que suas idéias e crenças podem não ter qualquer embasamento científico. Considerar os conhecimentos maternos e sua realidade de vida é essencial para uma conversa efetiva, com vistas a buscar em conjunto com a mãe alternativas possíveis e que lhe façam sentido para atender as necessidades infantis.

Aleitamento materno

O aleitamento materno exclusivo até os seis meses protege a criança contra infecções através dos anticorpos maternos e reduz a contaminação decorrente do uso de utensílios (mamadeiras, por exemplo) e alimentos contaminados. Especialmente onde as condições de saneamento são precárias, as crianças desmamadas têm maior chance de morrer por diarréia do que aquelas aleitadas ao seio materno durante os primeiros meses de vida.

Imunizações

As infecções espoliam o organismo da criança, aumentando sua vulnerabilidade a outras moléstias infecciosas, como é o caso da diarréia aguda. Neste sentido, preconiza-se seguir o esquema básico de vacinação do Ministério da Saúde, como forma de reduzir a mortalidade por esta causa.

Saneamento básico

A disponibilidade de rede de água e esgoto adequada é a medida mais eficaz no controle das diarréias, reduzindo a morbidade de forma considerável. Neste aspecto, ressalta-se a importância da educação da comunidade no sentido de valorização das condições de saneamento básico, convertendo-a em prioridade também para os governos.

Nas áreas em que o saneamento básico não existe, devem-se buscar, em conjunto com a comunidade, alternativas satisfatórias para o uso e acondicionamento da água. Pode-se proteger a água contra germes através das seguintes ações: clorando ou fervendo a água, mantendo os poços cobertos, mantendo fezes e água de esgoto (principalmente das latrinas) distante da água usada para beber, preparar alimentos, tomar banho ou lavagens, conservando baldes e vasilhas usadas para pegar e guardar água o mais limpo possível (colocando-os em local alto ao invés de deixá-los no chão, por exemplo), e mantendo os animais afastados da água de beber. Em casa, deve-se manter a água limpa, guardando-a em reservatório limpo, coberto e usando uma concha limpa e de cabo longo para retirar o necessário do recipiente de depósito.

Do ponto de vista de cuidados com o ambiente, visando evitar que os germes se espalhem, o mais importante é destinar um local seguro para as evacuações. Para tanto, o ideal são as latrinas. Para evitar a contaminação pelas fezes, o local escolhido para a construção da latrina deve ser pelo menos 20 metros distante de poços, córregos e da própria moradia da família. Além disso, é necessário que o fundo da privada fique 2 metros acima do nível da água dos poços próximos. Se for encontrada água durante a escavação do buraco da latrina, este local terá de ser abandonado porque os dejetos contaminariam a água dos poços ao redor. É preciso que o buraco da latrina tenha 90 cm de largura, 1-2 metros de fundo e que a laje que recobre o buraco seja mantida sempre limpa e coberta, livre do acesso

de animais. Ao efetuar a limpeza da laje, evite deixar entrar água em grande quantidade no buraco, para, com isso, não disseminar os germes pelos arredores. Não coloque desinfetantes no buraco (creolina ou outros), pois prejudicaria a depuração natural das fezes. De vez em quando, pode-se adicionar óleo queimado no buraco, para combater o mau cheiro.

Quando a existência de latrina não for possível, adultos e crianças devem procurar evacuar num local bem distante da casa, dos caminhos, dos reservatórios de água e do espaço em que as crianças brincam. Após sua eliminação, as fezes devem ser cobertas com terra. Se as crianças evacuarem nas imediações do domicílio, recolha as fezes imediatamente, enterrando-as em seguida. Além disso, as fezes de animais devem ser mantidas distantes da casa e das fontes de água.

- Os germes podem ser disseminados por moscas, que costumam se reproduzir em lugares em que há restos de alimentos, razão pela qual o lixo doméstico deve ser colocado em fossa especial, onde possa ser enterrado ou queimado todos os dias.

Práticas adequadas de higiene pessoal

A higiene das mãos é uma medida de baixo custo e efetiva para a redução da ocorrência dos episódios diarréicos, uma vez que remove os germes das mãos. Portanto, use sempre água e sabão na lavagem das mãos após evacuações, após limpar uma criança que acabou de evacuar, após tossir ou espirrar junto às mãos, após limpeza nasal, antes do preparo de alimentos, antes de comer, de alimentar uma criança e após lidar com animais.

A troca de fraldas após as evacuações é outro cuidado relevante à criança com diarréia, que, devido ao aumento do volume, da freqüência e da diminuição da consistência das fezes, está exposta a um maior risco de desenvolver “assaduras”. Imediatamente após cada eliminação intestinal, deve-se lavar com água a região da pele em contato com as fezes, secando-a bem e com suavidade. Caso a pele se apresente hiperemiada, após a limpeza, deixe-a exposta ao ambiente por 15-20 minutos várias vezes ao dia. Outra alternativa é fazer um preparado de creme à base de óxido de zinco diluído em óleo de amêndoas e aplicar uma fina camada sobre a pele limpa a cada troca. Pode-se também aplicar amido de milho (maisena) diretamente sobre a área afetada ou colocar uma pequena porção na água do banho.

Educação de crianças para a saúde

O enfermeiro deve aproveitar ativamente todas as oportunidades de educar para a promoção e manutenção da saúde. Desse modo, têm de ser incentivadas quanto à higiene das mãos. No caso de bebês, o estímulo ocorre ao falar com ele enquanto se faz sua higiene. Use canções, filmes infantis e brincadeiras para estimular crianças na faixa etária dos 2 aos 5 anos. As mães devem ser recomendadas a fazê-lo em casa.

Quanto às imunizações, explique para as crianças de 2 a 5 anos que as vacinas servem para evitar algumas doenças, de forma a conscientizá-las da importância de recebê-las.

Práticas adequadas de preparo e conservação de alimentos

Levando-se em conta a disponibilidade de alimentos e os hábitos da família, ao ser iniciada a introdução de outros alimentos, os mesmos devem ser de boa qualidade nutritiva e estar em condições adequadas para serem consumidos (íntegros e em vigência de seu prazo de validade). Os alimentos crus são os mais perigosos e, portanto, devem ser lavados cuidadosamente em água limpa. O mais recomendável é cozinhar os, procedimento que reduz de forma substancial a contaminação alimentar, principalmente onde as condições de saneamento básico são precárias. Sempre que possível, consumir os logo após o preparo, evitando-se guardá-los para que não sofram contaminação. Caso contrário, mantê-los limpos e cobertos, fora do alcance de animais, e reaquecê-los antes de oferecê-los à criança. Qualquer leite deve ser fervido ou pasteurizado. Os recipientes utilizados para o preparo e o acondicionamento dos alimentos devem estar devidamente limpos.

Estado nutricional infantil

A desnutrição torna a criança mais vulnerável às doenças infecciosas, como é o caso da diarréia aguda, a qual, por sua vez, contribui para o comprometimento do estado nutricional infantil, podendo agravar a situação da criança desnutrida. Sabe-se que entre as várias infecções infantis, a diarréia é a que mais provoca deficiências no crescimento da criança.

Neste sentido, é importante reforçar que a dieta habitual da criança, seja ela composta de leite materno, artificial e/ou outros alimentos, tem de ser mantida e estimulada mesmo durante a reidratação, esclarecendo que os líquidos de hidratação oral,

inclusive os Sais de Reidratação Oral (SRO), não substituem a alimentação. Embora o alimento atravesse o trato digestivo mais rapidamente durante a diarréia, uma certa quantidade de nutrientes é absorvida. Lembre que os alimentos não podem ser diluídos nem haver restrição alimentar à gordura para não prejudicar o aporte calórico da dieta. Recomenda-se ainda dar à criança com diarréia uma ou mais refeições adicionais diárias com os alimentos habituais para compensar as perdas e, desse modo, prevenir comprometimento do estado nutricional infantil. Proporcione tal reforço alimentar durante e após a cessação do problema, até que as perdas nutricionais tenham sido recuperadas.

Hidratação da criança

A diarréia, caracterizada pela perda de água e eletrólitos, demanda uma preocupação especial com a hidratação e reposição de sais no organismo infantil, evitando-se, assim, a desidratação. Quando cuidadas adequadamente, a maior parte das crianças com diarréia evolui sem desidratação e, dentre aquelas que desidratam, 95% podem ser reidratadas por via oral. A hidratação venosa é indicada apenas nos casos de desidratação grave e não será explorada neste documento por ocorrer em um contingente muito pequeno de crianças, que devem ser urgentemente dirigidas a um hospital para tratamento, sempre que possível.

Assim sendo, de acordo com a estratégia AIDPI, a uma criança com diarréia e sem desidratação, é aconselhável oferecer líquidos adicionais tanto quanto ela aceitar, da seguinte forma: amamentá-la com maior freqüência e por mais tempo a cada vez; oferecer SRO ou soro caseiro; caso não esteja em aleitamento materno exclusivo, dar também líquidos caseiros (sucos, caldos, chás) ou água potável.

Administrar a solução de SRO à criança freqüentemente e em pequenos goles, da forma que ela melhor aceitar (com colher, copo ou mamadeira). Se ela vomitar, esperar 10 minutos e oferecer outra vez mais lentamente. Os líquidos adicionais serão oferecidos até cessar o processo diarréico.

O preparo da solução de SRO ou do soro caseiro é especialmente importante. Para a preparação da primeira (a solução de SRO), observar nas instruções apresentadas no pacote a recomendação referente ao volume de água em que deve ser diluído seu conteúdo. Em recipiente limpo, tomar a quantidade indicada de

água limpa à temperatura ambiente, dissolvendo o conteúdo do pacote na mesma. A solução pode ser utilizada por 24 horas e, após, descartada e preparada uma nova, se necessário. Não utilize qualquer outro líquido ou acrescente outra substância no preparo da solução.

Para fazer o soro caseiro, encha um copo grande com água limpa e acrescente uma medida pequena e rasa (ou uma colher de chá rasa) de sal e duas medidas grandes e rasas (ou duas colheres de sopa rasas) de açúcar, mexendo bem. A validade do soro é a mesma da solução de SRO.

Cabe lembrar que, após a introdução da SRO, é esperado um aumento de freqüência das evacuações, fato que deve ser informado à mãe a fim de tranquilizá-la. Além disso, é importante que a mãe aprenda a preparar a solução de SRO ou soro caseiro adequadamente, uma vez que o tratamento será realizado no domicílio. Por esta razão, verifique sua compreensão, pedindo-lhe que o demonstre diante do profissional.

A qualquer momento, pode ocorrer de a criança não mais aceitar líquidos, apresentar vômitos persistentes ou distensão abdominal progressiva e acentuada. Nestes casos, a criança deve ser dirigida para um hospital com urgência.

A criança com diarréia também pode se encontrar desidratada, o que se evidencia por apresentar dois dos seguintes sinais: olhos fundos, bebe avidamente (com sede), inquietação ou irritação, sinal da prega positivo (quando a pele volta lentamente ao estado anterior). Quando constatada esta situação, aplique-se a hidratação por via oral com a finalidade de atingir metas específicas em termos de recuperação de peso e a reposição das perdas é necessariamente feita no serviço de saúde.

Inicialmente, é preciso determinar a quantidade recomendada de solução de SRO a ser administrada à criança por via oral no serviço durante as primeiras 4 horas do tratamento, conforme o quadro a seguir:

IDADE*	ATÉ 4 MESES	4 A 11 MESES	12 A 23 MESES	2 A 4 ANOS
PESO	<6Kg	6 - <10Kg	10 - <12Kg	12 - <19Kg
SRO (ml)	200-400ml	400-700ml	700-900ml	900-1400ml

* A idade da criança só deve ser usada quando seu peso for desconhecido. A quantidade de SRO recomendada (em ml) pode ser calculada também multiplicando o peso da criança (em kg) por 75.

Quando a criança desejar mais solução de SRO do que a quantidade estimada para ela, dar-lhe mais. A solução de SRO deve ser oferecida segundo as orientações descritas anteriormente.

Após as 4 horas de tratamento, a criança deve ser reavaliada quanto à desidratação. Em caso de remissão, são feitas as mesmas recomendações dirigidas à criança com diarréia e sem desidratação. Ela continuará recebendo a solução de SRO em casa, visando a prevenção de nova desidratação.

Se houver persistência da desidratação, preconiza-se aplicar novamente o quadro acima apresentado para cálculo do volume de solução de SRO a ser administrada à criança e prosseguir o tratamento por outro período 4 horas, observando os cuidados já mencionados. Entretanto, caso se verifique piora do estado geral ou intensificação da desidratação, conduzi-la urgentemente a um hospital para tratamento.

Cuidados em instituições de educação infantil (berçários, creches e pré-escolas)

A susceptibilidade das crianças menores de 5 anos às infecções traz como consequência a necessidade de cuidados especiais nas instituições que atendem a esta faixa etária. Assim, não somente a criança que é acometida deve ser cuidada, mas também seu ambiente (instituição) necessita de cuidados especiais para não se tornar um foco de disseminação de doenças, os quais devem englobar:

- treinamento e cuidado de saúde da equipe de educadores/cuidadores em geral;

- organização do ambiente físico.

É necessário que as áreas destinadas às crianças que usam fraldas sejam distintas das outras. Os educadores/cuidadores também precisam ser distintos. A área de preparo de alimentos tem de ser separada daquela em que se faz troca de fraldas e ter pia com água corrente. Todos os banheiros devem ter pia com água corrente também. Os berços devem manter entre si a distância de 0,5m no mínimo, a fim de diminuir a possibilidade de transmissão aérea de patógenos. Roupas de cama e toalhas devem ser de uso individual.

A proporção adulto/criança é, também, um fator de proteção à saúde da criança. A Secretaria do Menor do Estado de São Paulo recomendava, em 1992, a proporção de um educador para cada 5 crianças de 0 a 2 anos de idade e um para cada 10 daí em diante. Esta proporção é praticamente a mesma até hoje. A equipe deve ser constantemente supervisionada e passar por cursos de atualização. Na medida do possível, cada criança terá um educador/cuidador fixo, o que, além de diminuir o risco de infecção cruzada, contribui para a solidificação dos laços afetivos, algo que sabidamente também a protege de doenças.

Outros importantes cuidados para prevenir a disseminação de diarréia nestas instituições incluem: limpeza de superfícies, lavagem das mãos de adultos e crianças, cuidados técnicos na troca de fraldas e na preparação de alimentos e mamadeiras.

A troca de fraldas em uma instituição de cuidado coletivo deve ser diferente daquela realizada no domicílio, justificando padronização do procedimento. A técnica preconizada para uso em creches norte-americanas é a seguinte: na medida do possível, usar sempre fraldas descartáveis, pelo fato de não necessitarem ser manuseadas para remoção das fezes, apresentando menor risco de disseminação ambiental de partículas; desprezar a fralda usada em recipiente fechado; definir local fixo para a troca de fraldas e inacessível às crianças que não estão sendo higienizadas; forrar com um lençol a superfície utilizada para apoiar o corpo da criança durante o procedimento, substituindo por outro limpo ao final de cada troca; duas vezes por dia, limpar a superfície de apoio com água e sabão e secar, aplicando-se a seguir pano embebido em uma solução de cloro a 10.000 ppm (partes por milhão); higienizar as mãos com toalha úmida descartável após retirar a fralda suja, para evitar a recontaminação da criança; ao

termino do procedimento, proceder à lavagem de suas próprias mãos e das da criança, mesmo quando ela não tiver evacuado.

Ao final deste texto, o enfermeiro deverá estar apto a:

- identificar os fatores de risco para diarréia aguda e desidratação a que estão expostas as crianças usuárias do seu serviço de saúde
- descrever as principais medidas para evitar a diarréia aguda no domicílio e em comunidades infantis (creches)
- delinear um plano de assistência domiciliar à criança com diarréia aguda
- identificar uma criança com sinais de desidratação e instituir um plano de hidratação com a solução de reidratação oral
- descrever os sinais de gravidade que demandam busca imediata de atendimento de saúde para uma criança com diarréia aguda a serem orientados para a mãe/cuidador

BIBLIOGRAFIA

BENGUIGUI, Y. et al. Ações de saúde materno-infantil a nível local: segundo as metas da Cúpula Mundial em favor da Infância. Washington D.C., OPAS, 1997.

GUTIÉRREZ, G.; GUISCAFRÉ, H. La integración de los programas de salud para la atención del niño. In: Noticias sobre AIEPI. Washington D.C., OPAS, v.1, nº.1, agosto, 1999.

HIRATA, M.; KUROPAKORN PONG, V.; ARUN, S.; SAPCHATURA, M.; KUMNURAK, S.; SUKPIPAT PANONT, B.; CHONGSUVIVATWONG, V.; FUNAHARA, Y.; SATO, S. A case-control study of acute diarrheal disease among school-age children in southern Thailand. Southeast Asian J. Trop. Med. Publ. Health., v.28, supp.3, pp.18-22, 1997.

MEDIDAS VITAIS: um desafio de comunicação. UNICEF/OMS/UNESCO/FNUAP, Brasília, 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ORGANIZAÇÃO DAS UNIDADES DO SISTEMA UNIFICADO DE SAÚDE. DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL. Normas para construção e instalação de creches. Brasília, 1989.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE. COORDENAÇÃO DE

SAÚDE MATERNO-INFANTIL. Assistência e controle das doenças diarréicas. Brasília, 44p., 1993.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. FUNDAÇÃO NACIONAL DE SAÚDE. Mortalidade Brasil: 1995, Brasília, 1998.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. SECRETARIA DE POLÍTICAS DE SAÚDE. ÁREA DE SAÚDE DA CRIANÇA E ALEITAMENTO MATERNO. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Atenção integrada às doenças prevalentes na infância: avaliar e classificar a criança doente de 2 meses a 5 anos de idade. 124p. (Módulo 2). Brasília, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia. Programa regional de enfermedades transmisibles. División de prevención y control de enfermedades. Boletín AIEPI, nº.4, Washington D.C., 20p. (PAHO/HCP/HCT/AIEPI/00.9), junio, 2000.

PAULINAS. AHRTAG. TAPS. Falando de diarréia. São Paulo, s/d.

REY, L.C.; CORREIA, L. Muertes de niños por enfermedades infecciosas en Fortaleza, Brasil. In: Noticias sobre AIEPI, Washington D.C., v.1, nº.1, pp.5-7, agosto, 1999.

SÃO PAULO. SECRETARIA DO MENOR. Creche/Pré-escola/Secretaria do menor. São Paulo, 1992.

SÃO PAULO. PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO. SECRETARIA MUNICIPAL DA FAMÍLIA E BEM-ESTAR SOCIAL. Manual de sanitização: atualização de capítulo. São Paulo, 1999.

UNITED STATES OF AMERICA. National Health and Safety Performance Standards. Guidelines for out-of-home child care programs. Chap.3: Health protection and health promotion. In: <http://nrc.uchsc.edu/national/>, setembro, 2000.

WERNER, D. Onde não há médico. 20ª. ed. São Paulo, Paulinas, 1994.

YAMAUCHI, T. Guidelines for attendees and personnel. In: DONOWITZ, L. G. (ed.) Infection control in the child care center and preschool. Philadelphia, Lippincott, cap.2: 9-20, 1999.

Assistência/Cuidado à Criança com Problemas Nutricionais

Elizabeth Fujimori¹Magda Andrade Rezende²

Introdução

Considerando que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o controle das principais deficiências nutricionais é uma forma de conhecer e vigiar o estado geral de saúde.

Embora sejam inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição, especialmente nos países onde as condições ambientais são desfavoráveis, como é o caso de nosso país, em termos de saúde coletiva, algumas deficiências nutricionais como a **desnutrição energético-protéica** e as **anemias** assumem configuração de importância epidemiológica na infância, em função da velocidade do processo de crescimento e desenvolvimento e sua associação com o processo saúde/doença.

Ainda que a erradicação completa das deficiências nutricionais dependa da própria erradicação dos grandes contrastes econômicos e sociais gerados e mantidos pelo processo de produção e distribuição de bens e serviços, algumas intervenções próprias do setor saúde podem contribuir para a melhoria do quadro dessas deficiências.

Assim sendo, a finalidade deste texto é abordar esses dois problemas nutricionais comuns na infância, bem como suas causas básicas e cuidados pertinentes para seu controle, de forma a motivar e capacitar os enfermeiros em conceitos e técnicas atuais, para que possam efetivamente incorporar essas ações na prática diária da atenção primária.

Atuação da enfermagem na desnutrição energético-protéica (DEP)

A DEP como problema de saúde coletiva

Estimativas do Fundo das Nações Unidas (Unicef, 1998) indicam que a desnutrição está envolvida com mais de 50% dos casos de morte de crianças em todo o mundo, proporção essa jamais alcançada por qualquer outra doença infecciosa desde a Peste Negra.

No Brasil, não há como se obter tal estimativa com exatidão, dada a cobertura desigual dos serviços de saúde e daí das estatísticas, além da tendência dos próprios serviços e profissionais de saúde “não verem” a desnutrição como causa de doença e morte, provavelmente em decorrência do seu forte componente social (BITTENCOURT e MAGALHÃES, 1995). Mesmo assim, os dados sistematizados por esses autores revelam que no Brasil, em 1989, morreu-se por desnutrição no primeiro ano de vida 134 vezes mais que nos EUA.

Quanto à prevalência da desnutrição, no período de quinze anos, que separa os dois únicos levantamentos nacionais que permitiram dimensionar o problema em nosso meio (ENDEF, 1974/75 e PNSN, 1989), verificou-se redução na taxa global de desnutrição em menores de cinco anos, passando de 18,4% para 7,1%, com 15,4% de desnutrição crônica (altura/idade) e 2% de desnutrição aguda (peso/altura) (MONTEIRO et al., 1992). A redução, no entanto, ocorreu de forma diferenciada entre as regiões brasileiras e as do Norte e Nordeste, apesar da redução significativa na prevalência da desnutrição, ainda apresentam quadros semelhantes aos de alguns países da África (BITTENCOURT e MAGALHÃES, 1995).

Principais causas determinantes da desnutrição

Numa população normal, existem indivíduos naturalmente magros ou baixos devido à constituição genética; porém, a proporção desses indivíduos em uma população sadia é muito pequena, isto é, cerca de 2,5%. Portanto, quando o número de crianças baixas e/ou magras é elevado, certamente existem fatores que estão impedindo o pleno desenvolvimento do potencial genético.

Basicamente, os fatores determinantes da desnutrição são de ordem **nutricional**, relacionados à falta de alimentos ou desconhecimento de práticas alimentares adequadas e/ou de morbidade, principalmente as **infecções repetidas**, que

diminuem o apetite e aumentam a demanda energética.

A **falta de alimentação adequada** pode alterar o crescimento de forma reversível ou irreversível. Se a restrição nutricional ocorrer por pouco tempo, os déficits de peso e altura serão menos acentuados, podendo ser corrigidos pela alimentação adequada, com recuperação da defasagem e retorno à curva de crescimento normal. Por outro lado, se a inadequação alimentar for grave e prolongada, incidindo desde a fase intra-uterina, os retardos no crescimento são mais acentuados e dificilmente recuperados, mesmo com uma suplementação alimentar adequada. O capítulo *Promoção do aleitamento materno e da alimentação da criança* apresenta os grupos de alimentos, bem como a forma que os alimentos devem ser introduzidos e oferecidos à criança.

A recorrência de **doenças infecciosas**, por sua vez, pode provocar desnutrição e atraso no crescimento, independentemente da disponibilidade de alimento, através da anorexia, aceleração do metabolismo e/ou aumento das perdas de nutrientes. Pode também agravar um quadro de desnutrição em crianças já nutricionalmente deficientes, o que, aumenta a incidência, gravidade e duração dos processos infecciosos, prolongando o tempo de internação e podendo resultar em sequelas para o desenvolvimento mental. Este círculo vicioso culmina no efeito adverso mais devastador que é a morte.

Como a desnutrição pode se manifestar através do baixo peso ao nascer (menos de 2500g) e do déficit do crescimento nos primeiros anos de vida (inadequação dos índices altura/idade, peso/idade e peso/altura), destacam-se no quadro abaixo passos importantes para sua detecção precoce e manejo adequado:

Prevenção do baixo peso ao nascer	Monitorização do crescimento
<p>Deve ser feito mediante cuidados pré-natais adequados, já assinalados em capítulo específico. Tem como objetivo detectar precocemente a desnutrição, podendo ser diagnosticada facilmente através da verificação do peso e altura e avaliação da adequação do ganho de peso gestacional.</p>	<p>O acompanhamento constante do crescimento físico, deve ser feito através da antropometria. Tem por fim conhecer o estado nutricional e detectar precocemente eventuais desvios, possibilitando vigiar o estado geral de saúde da criança.</p>

Fonte: Baseado em EUCLYDES (1997).

A avaliação do crescimento físico

O **peso** é considerado o melhor indicador de crescimento da criança por representar todas as mudanças que ocorrem no corpo, além de ser de fácil obtenção. Além disso, é muito sensível, ou seja, modifica-se rapidamente em situações de desnutrição. O **índice peso/idade** reflete o estado nutricional atual, porém não permite que se diferencie o déficit atual do crônico ou passado. Convém ressaltar que o peso corporal pode refletir diversos fenômenos, tais como: aumento de tecido adiposo ou muscular, crescimento ósseo ou retenção hídrica (edema), requerendo, portanto, a utilização de técnica correta para a obtenção de dados precisos e fidedignos.

A **estatura/altura** é uma medida mais estável e extremamente valiosa, porém mais difícil de ser obtida com exatidão nas crianças menores de dois anos, uma vez que sempre requer a participação de duas pessoas. Esta medida modifica-se mais lentamente e é menos sensível, pois ganhos em altura não podem ser perdidos. Além disso, a altura só é afetada quando a deficiência nutricional é prolongada ou muito intensa nos períodos de grande velocidade de crescimento linear. O **índice altura/idade** é utilizado no diagnóstico de déficit linear e reflete a desnutrição passada ou crônica. O **índice peso/altura** indica, por sua vez, perda de massa corporal de início recente, ou seja, a desnutrição atual ou aguda.

O quadro a seguir sumariza as técnicas para verificação de peso e altura:

Técnica para verificação de peso	Técnica para verificação de estatura/altura:
<p>A pesagem de crianças com menos de 2 anos deve ser feita utilizando-se balança para pesar bebês, com cuba metálica ou cesto, que permite a leitura do peso com precisão mínima de 10g, devendo ser calibrada periodicamente. Preferencialmente, a criança deve estar totalmente despidas. Caso contrário, o peso das peças de roupa deve ser obtido e subtraído do peso total. Crianças com mais de dois anos devem ser pesadas em balança antropométrica de adultos, descalças e com o mínimo de roupas.</p>	<p>A verificação do comprimento de crianças com menos de dois anos requer equipamento adequado (antropômetro) e dois examinadores bem treinados: um deve manter a cabeça da criança apoiada no plano vertical e em contato com a parte fixa do antropômetro e o outro deve pressionar os joelhos de forma que a barriga da perna fique bem assentada e apoiar os pés no anteparo móvel, formando um ângulo reto com a perna. A leitura da medida nessa posição deve ser registrada em centímetros, com variação mínima de meio centímetro.</p>

continua na pág. 3

Técnica para verificação de peso	Técnica para verificação de estatura/altura:
Sempre que possível, a verificação deve ser feita pela mesma pessoa, no mesmo horário e antes das refeições, nunca após.	Crianças com mais de dois anos devem ser medidas em balança antropométrica de adulto, descalças, em posição ereta, com a cabeça erguida, braços pendentes ao lado do corpo e os calcânhares e dorso encostados no plano vertical do antropômetro.

Fonte: Baseado em São Paulo (1985).

Padrões de referência, percentis, desvio padrão e decisão

Considerando que o crescimento físico é caracterizado por uma grande variabilidade individual, após a obtenção, as medidas de peso e altura devem ser comparadas com padrões de referência, para se avaliar a posição que a criança estudada ocupa em relação a um padrão de normalidade.

Atualmente, a OMS e o Unicef recomendam a população norte-americana como padrão de referência mundial. Assim, o padrão do *National Center for Health Statistics* (NCHS), elaborado a partir de dados obtidos de crianças brancas, americanas, de classe média, através de estudos longitudinais realizados nos Estados Unidos de 1929 a 1975, tem sido adotado também pelo Ministério da Saúde como referência para a população brasileira.

Os procedimentos mais simples para comparar os dados obtidos com o padrão de referência são a classificação pelos **sistemas de percentil** e de **desvio-padrão**.

O **sistema de percentil** permite classificar um indivíduo em relação a uma distribuição normal da população de referência. Para compreender o seu significado, há que se imaginar 100 meninos de mesma idade, todos em pé, ordenados em fila e em ordem crescente de altura. O ponto entre duas crianças que divide a fila em duas metades, uma para trás e outra para frente, representa a altura, que corresponde ao percentil 50, que significa a mediana dos valores e indica que a criança estudada é maior que 50% e menor que 50% da população de referência. O Ministério da Saúde recomenda como ponto de corte para o diagnóstico da DEP o percentil 10, uma vez em populações normais, 90% das crianças teriam peso e altura acima deste ponto, indicando, portanto, que

a chance de uma criança com peso ou altura abaixo do percentil 10 ser desnutrida é de 90%. Portanto, crianças com peso e altura entre o percentil 10 e 90 apresentam crescimento adequado, enquanto medidas inferiores ao percentil 10 ou superiores ao percentil 90 são anormais.

O estado nutricional também pode ser expresso através do **escore Z**, ou seja, do **sistema de desvio-padrão**, que localiza o peso ou altura da criança avaliada em números de desvios-padrão do valor mediano da população de referência. Um escore Z negativo indica que a medida da criança encontra-se abaixo do padrão de referência. Nos últimos anos, a OMS estabeleceu o nível de corte de -2 escore Z como o mais adequado para a definição de DEP. Esse nível de corte é muito útil para estudos populacionais em países em desenvolvimento, uma vez que elimina os riscos de falsos positivos, garantindo a identificação das crianças efetivamente desnutridas. No entanto, classifica exclusivamente desnutrição moderada e grave, uma vez que escore Z entre -2 e -2,9 representa desnutrição moderada e escore Z igual ou inferior a -3, desnutrição grave, sendo consideradas eutróficas crianças que apresentarem índices peso/idade, altura/idade e peso/idade superiores a -1 escore Z (SAWAYA, 1996).

Regras fundamentais para monitorizar e promover o crescimento

Segundo Euclides (1997), é recomendável:

- Iniciar a monitorização logo após o nascimento, porque o atraso pode impedir o diagnóstico precoce da desnutrição e, consequentemente, a prevenção do retardamento do crescimento e desenvolvimento; além disso, quando o acompanhamento se inicia logo após o nascimento, pode-se estimular o aleitamento materno (que, sem dúvida, garante o crescimento e desenvolvimento adequados nos 6 primeiros meses de vida) e orientar adequadamente o desmame e a introdução de alimentação complementar, prevenindo-se problemas na fase etária seguinte (6 a 12 meses), de maior risco nutricional;

- Avaliar, se possível, mensalmente o seguimento evolutivo no primeiro ano de vida, uma vez que essa regularidade permite localizar o início de quaisquer desvios da normalidade; tendo em vista que nem sempre é possível manter essa freqüência devido à escassez de recursos, o Ministério da Saúde propõe que as crianças sejam pesadas aos 15 dias, 1, 2, 4, 6, 9, 12, 15, 18, 21, 30 e 36 meses e, após esta idade, anualmente até completar cinco anos;

- Participação ativa da mãe, que deve ser orientada sobre a importância do controle periódico do crescimento/desenvolvimento e ser preparada para participar ativamente. Para tanto, ela precisa estar consciente de que a criança sadia e normal ganha peso mensalmente, aprender a interpretar o traçado no gráfico e saber que o traçado ascendente indica crescimento adequado, enquanto o traçado horizontal mostra inalteração na medida do peso/altura e o descendente indica perda de peso;

- Cuidado na interpretação da curva, considerando o peso e a idade gestacional ao nascer, o tipo de alimentação que a criança recebe e suas condições clínicas;

- Avaliar o desenvolvimento e as condições clínicas, para que a monitorização seja completa, e também o desenvolvimento da criança, sob os pontos de vista neurológico, cognitivo, psicossocial e clínico, registrando-se as informações no local apropriado das fichas de acompanhamento da criança;

- Incluir ações básicas – a monitorização e a promoção do crescimento e desenvolvimento devem estar integradas às Ações Básicas de Saúde; assim, programe simultaneamente a avaliação do crescimento/desenvolvimento, a colocação da imunização em dia e a participação de atividades educativas, de forma a aproveitar um único deslocamento da mãe ao serviço de saúde;

- Equipe bem preparada, pois o profissional de saúde precisa ter conhecimentos básicos sobre saúde e nutrição e habilidade em comunicação, além da disposição de um tempo mínimo para conversar com a mãe (pelo menos 10 minutos); desse modo, o treinamento profissional é indispensável.

Atuação da enfermagem no controle da anemia

A anemia como problema de saúde coletiva

Ao lado da desnutrição, as anemias nutricionais desempenham como outro importante problema de saúde coletiva no Brasil (FUNDAÇÃO IBGE, 1992; VANNUCHI; FREITAS; SZARFARC, 1992).

Definida como “um estado em que a concentração de hemoglobina do sangue é anormalmente baixa em consequência da carência de um ou mais nutrientes essenciais”, a anemia pode causar déficit no crescimento, atraso no desenvolvimento psicomotor, redução na capacidade de trabalho e desempenho físico e dificuldade de aprendizagem, além de

comprometer os sistemas de defesa imunológica, facultando a ocorrência e/ou o agravamento de doenças infecciosas (OMS/ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD, 1968; WALTER, 1996).

Como na maioria dos países em desenvolvimento, também em nosso meio, a deficiência de ferro é a principal responsável pela elevada prevalência de anemia, fato que justifica a simples utilização do termo anemia como sinônimo de anemia ferropriva (SZARFARC, 1993).

As crianças constituem um dos grupos mais vulneráveis à deficiência de ferro e, consequentemente, à anemia, devido à maior necessidade do mineral, imposta pelo crescimento acelerado dos tecidos, que determinam uma rápida expansão da massa celular vermelha (VANNUCHI; FREITAS; SZARFARC, 1992). Segundo estimativas da OMS, 51% das crianças com menos de cinco anos e 46% daquelas com idade entre 5 e 12, dos países em desenvolvimento, são anêmicas (DEMAEYER et al., 1989).

Em nosso meio, os estudos sobre a prevalência de anemia são escassos, dispersos e se referem a pequenas amostras. Entretanto, inúmeras investigações isoladas, realizadas em diferentes regiões do país, indicam que a prevalência de anemia é elevada e muitas vezes afeta mais de 50% das crianças com menos de dois anos de idade (SZARFARC; STEFANINI; LERNER, 1995).

A identificação e o diagnóstico da anemia

A anemia é uma patologia praticamente assintomática e sua identificação pode ser feita através da observação de pele e mucosas e seu diagnóstico através da determinação da concentração de hemoglobina sanguínea.

De acordo com a proposta de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), a identificação de uma palidez fora do comum na pele é um sinal de anemia. Nesse caso, para verificar se a criança apresenta palidez palmar, observe a pele de sua mão, mantendo-a aberta. Caso esteja pálida, considera-se que ela tem palidez palmar e se estiver muito pálida ou tão pálida que pareça branca, considere-a com palidez palmar grave. Para se certificar, compare a cor da sua palma da mão com a da mãe ou com a sua própria palma ou, ainda, com a palma da mão de outras crianças. Em caso de dúvida, entre uma palidez palmar grave e leve, solicite a dosagem de hemoglobina.

Para o diagnóstico de anemia através da concentração de hemoglobina sanguínea, pode-se utilizar o quadro abaixo, que mostra os níveis de hemoglobina indicativos de anemia em populações que moram ao nível do mar.

Níveis de hemoglobina (Hb) abaixo dos quais se define anemia

Grupo etário	Nível de hemoglobina (g/dl)
Crianças de 6 meses a 5 anos	<11
Crianças de 6 a 14 anos	<12

Fonte: Baseado em DEMAUYER et al. (1989).

Embora a anemia seja freqüentemente graduada como leve, moderada e severa, os valores de hemoglobina à qual essa divisão em três categorias se refere é feita de forma variada e arbitrária. Segundo DEMAUYER et al. (1989), é possível considerar o seguinte:

Classificação	% de Hb abaixo do ponto de corte	Nível de hemoglobina (g/dl)
Leve	< 80	10 a 11
Moderada	60 - 80	7 a 10
Severa	< 60	< 7

Fatores responsáveis pela ocorrência de anemia na criança

Uma das poucas situações em que o feto age como verdadeiro parasita é em relação ao ferro. Esse fato garante que o recém-nascido raramente seja anêmico, pois tanto o feto quanto a placenta são capazes de retirar o ferro do organismo materno contra um gradiente de concentração, mesmo que a mãe esteja

visivelmente deficiente. No entanto, destaca-se que existe uma associação direta entre a reserva materna e fetal de ferro, que certamente determina a probabilidade da ocorrência de anemia no primeiro ano de vida.

Além disso, a criança nasce com uma concentração elevada de hemoglobina (17 a 22g/dl), necessária à captação de oxigênio pela placenta, onde o mesmo se apresenta com pressões mais baixas que nos pulmões. Após o nascimento, não sendo mais necessária, parte dessa hemoglobina começa a ser destruída, ocorrendo uma hemólise fisiológica, e nas primeiras 6 a 8 semanas, praticamente não ocorre eritropoiese, verificando-se uma queda na concentração de hemoglobina, que atinge um platô por volta dos 2 meses (11g/dl). Nessa fase, o ferro proveniente da destruição da hemoglobina, associado com o ferro armazenado durante a vida intra-uterina (que depende da reserva materna de ferro) servem como fonte do mineral para o organismo, sendo suficiente para suprir os requerimentos da criança nos primeiros meses de vida, quando se sabe que a dieta exclusivamente láctea é insuficiente no mineral.

Por volta de 4 a 6 meses de vida, as reservas praticamente se esgotam devido ao seu intenso crescimento. A criança passa a depender exclusivamente do ferro exógeno para suprir sua demanda, ficando vulnerável à deficiência do mineral, pois necessita de uma quantidade relativamente grande de ferro para manter a concentração de hemoglobina constante e responder adequadamente ao volume de sangue em expansão.

A velocidade de depleção da reserva depende, entretanto, da quantidade de ferro armazenado na vida intra-uterina e da alimentação pós-natal. No recém-nascido de baixo peso, de modo geral, o esgotamento das reservas ocorre mais precocemente, por volta do 2º ao 3º mês.

A seguir, destacam-se, alguns fatores causais importantes:

- **Peso ao nascer** – Crianças nascidas com baixo peso, quer por prematuridade quer por desnutrição materna tornam-se anêmicas se não receberem suplemento de ferro, em virtude da baixa reserva orgânica do mineral e da maior velocidade de seu crescimento.

- **Perdas patológicas de ferro** – Qualquer fator que interfere no volume de sangue, como perda sanguínea no ato da ligadura do cordão umbilical ou a perda de sangue fetal, causada por complicações

durante a gravidez ou o parto, também pode comprometer a reserva de ferro. Além disso, no primeiro ano de vida, há de se considerar a perda patológica de ferro através das micro-hemorragias intestinais ligadas à ingestão do leite de vaca. À medida que a idade aumenta, a espoliação por infestações parasitárias por *Ancylostoma duodenale* ou *Necator americanus* e, em menor grau, por *Trichuris trichiura* tende a aumentar, uma vez que pode levar a uma perda intestinal sangüínea significativa.

• Alimentação inadequada e/ou insuficiente no fornecimento de ferro – Muitas vezes, os próprios profissionais de saúde ignoram a importância do aleitamento materno exclusivo nos 4 a 6 primeiros meses e recomendam a introdução de outros alimentos por volta dos 2 aos 3 meses, aumentando o risco de deficiência, uma vez que esses alimentos, além de não serem boas fontes de ferro, podem comprometer a absorção do ferro do leite materno. A substituição do leite materno pelo leite de vaca, além de contribuir para a ocorrência de micro-hemorragias intestinais, como já destacado, acarreta diminuição do potencial de absorção do ferro, de 50% a 70% no leite materno para 10% no leite de vaca. Além disso, em nosso meio, são poucos os alimentos fontes de ferro incluídos tanto na alimentação de desmame, quanto na prática alimentar habitual da criança. Mais informações sobre como estimular e orientar a respeito de uma boa alimentação estão disponíveis no texto “Promoção do aleitamento materno e da alimentação da criança”.

A seguir, os diversos fatores responsáveis pela ocorrência de anemia na criança:

- Baixo peso ao nascer
- Hemorragia perinatal
- Hemoglobina baixa ao nascer
- Introdução precoce do leite de vaca, alimentos semi-sólidos ou ambos
- Alimentação à base de leite de vaca ou fórmulas não enriquecidas com ferro
- Consumo deficiente de carne ou vitamina C
- Aleitamento materno exclusivo além dos 6 meses, sem suplementação de ferro
- Infecções freqüentes
- Infestações parasitárias, especialmente anquilostomíase

Fonte: Baseado em EUCLYDES (1997)

O ferro na alimentação da criança

Existem basicamente 2 tipos de ferro na dieta, o **ferro heme** (Fe na forma ferrosa – Fe⁺⁺) e o **ferro não-heme** (Fe na forma férrica – Fe⁺⁺⁺), que apresentam fontes alimentares e biodisponibilidade diferentes, conforme descrito na quadro abaixo:

Ferro heme	Ferro não-heme
Representa cerca de 10% do ferro ingerido.	Representa 90% do ferro ingerido
É proveniente da hemoglobina e mioglobina e representa 40% do ferro de origem animal. Não é encontrado em fontes vegetais.	Corresponde a 20% das formas vegetais de ferro e 60% do ferro de fontes animais.
Presente no fígado, carnes, peixes e aves	Presente nos cereais, leguminosas, verduras, frutas e produtos lácteos
Alta biodisponibilidade, com absorção de 20% a 30%. Não é afetada por outros constituintes da dieta nem pelo estado nutricional dos indivíduos. OBS: O ovo, muitas vezes incluído na dieta por se acreditar em seu valor como fonte de ferro, na realidade tem contribuição pouco significativa, por apresentar ferro com baixa biodisponibilidade, devido à presença de substâncias que se unem ao ferro (2,95% do ovo inteiro e 10,64% da gema) (EUCLYDES, 1997)	Biodisponibilidade menor e dependente da presença de fatores que estimulam ou inibem a absorção do mineral: Fatores dietéticos: 1) Que favorecem a absorção • vitamina C (frutas cítricas, hortaliças crusas) • carne, aves, peixes 2) Que inibem a absorção • fitatos (cereais integrais e leguminosas) • oxalatos (espinafre, acelga) • fibras

O ferro não-heme está fortemente ligado a moléculas orgânicas e se encontra na forma férrica (Fe⁺⁺⁺), que precisa ser reduzida para a forma ferrosa (Fe⁺⁺) para ser absorvida. O meio ácido do estômago da mesma forma que agentes redutores como o ácido ascórbico (vitamina C) favorece a absorção do ferro não-heme através da ação redutora.

No Brasil, predominam as dietas com baixa biodisponibilidade de ferro, ou seja, constituída principalmente por cereais refinados (arroz), feculos (mandioca) e leguminosas (feijão), com quantidade insignificante de carnes, aves ou peixes e fontes de vitamina C (frutas cítricas e hortaliças

cruas) (SZARFARC, 1993).

Dessa forma, orientar a inclusão de alimentos de origem animal como fígado carnes aves, peixes e fontes de vitamina C nas refeições, além de aumentar a oferta de ferro heme, eleva também o conteúdo dos fatores que favorecem a absorção do ferro, melhorando muito a biodisponibilidade do ferro na alimentação das crianças.

Medidas preventivas para o controle da anemia

A prevenção da anemia deve ser iniciada na gestação, durante o pré-natal, para se garantir a adequada evolução do estado nutricional materno que garantirá a reserva adequada de ferro para o recém-nascido.

O cuidado durante o parto também é fundamental para reduzir o risco de perda de sangue.

O aleitamento materno exclusivo assegura à criança o ferro necessário nos 4 a 6 meses primeiros meses. Na impossibilidade de oferecer o leite materno, opte pelas fórmulas enriquecidas com ferro desde que haja viabilidade econômica.

A partir dos 6 meses, inclua na dieta alimentos que sejam boas fontes de ferro e estimulem sua absorção, evitando-se a inclusão daqueles que contenham fatores inibidores de sua absorção.

Também é indispensável a adoção de medidas preventivas de infecção, além da triagem freqüente para a detecção de parasitos intestinais a partir de 1 ano.

Portanto, verifica-se que várias medidas podem ajudar a reduzir o risco de anemia, porém cabe ao enfermeiro orientar e colaborar com a equipe de saúde para que elas sejam adotadas.

O quadro a seguir sintetiza as principais medidas preventivas:

- Cuidar das condições nutricionais da gestante para maximizar a reserva de ferro do recém-nascido, através da vigilância nutricional e estímulo à suplementação de ferro
- Estimular o aleitamento materno exclusivo até o 6º mês
- Orientar a utilização de alimentos fontes de ferro heme (carne, aves, peixe)
- Estimular a utilização de alimentos que contenham fatores estimuladores da absorção de ferro (vitamina C e carne)
- Desestimular a utilização de alimentos que contenham fatores inibidores da absorção de ferro (chás)
- Prevenir e controlar infestações parasitárias
- Na impossibilidade da amamentação e do uso de fórmulas lácteas enriquecidas com ferro, encaminhar para suplementação medicamentosa preventiva
- Promover campanhas educativas

Fonte: Baseado em EUCLYDES (1997).

Considerações Finais

Tendo em vista o quadro apresentado, espera-se que o enfermeiro esteja apto a realizar as seguintes ações de promoção, com vistas à melhoria do perfil nutricional das crianças, e de cuidado, no caso de elas já apresentarem algum dano:

- Identificar a alimentação infantil como uma situação que exige cuidado profissional (aconselhe-se ler o texto "Promoção do aleitamento materno e da alimentação da criança", desta mesma série de documentos).

- Compreender a importância da prevenção da DEP e da anemia para a manutenção da saúde infantil.

- Implementar a vigilância nutricional de gestantes, com a finalidade de prevenir a DEP e a anemia.

- Delinear planos e executar a vigilância nutricional de todas as crianças atendidas, monitorando seu crescimento, independentemente de seu estado nutricional atual.

- Delinear planos de cuidados às crianças portadoras de DEP e/ou anemia.

BIBLIOGRAFIA

BITTENCOURT, S. A.; MAGALHÃES, R. F. Fome: um drama silencioso. In: MINAYO, M. C. S. (org.) Os muitos Brasis: saúde e população na década de 80. Hucitec, pp. 269-90, São Paulo, 1995.

DEMAEYER, E.M. et al. Preventing and controlling iron deficiency anaemia through primary health care. Geneva, World Health Organization, 1989.

EUCLYDES, M.P. Nutrição do lactente: base científica para uma alimentação adequada. Viçosa, Jard, 1997.

FUNDAÇÃO IBGE-Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Crianças e adolescentes: indicadores sociais. Rio de Janeiro: IBGE, v. 4, 1992.

MONTEIRO et al. O estado nutricional das crianças brasileiras: a trajetória de 1975 a 1989. In: MONTEIRO, M.F.G.; CERVINI, R. (org.) Perfil estatístico de crianças e mães no Brasil: aspectos de saúde e nutrição de crianças no Brasil. FIBGE/

OMS - ORGANIZACION MUNDIAL DE LA SALUD. Anemias nutricionales. Ginebra, (Serie de Informes Tecnicos, nº. 405), 1968.

SÃO PAULO (ESTADO). Secretaria de Estado da Saúde. Normas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. 12p. (Norma técnica SS nº32/85), São Paulo, 1985.

SAWAYA, A. L., Desnutrição energético-protéica. In: SAWAYA, A. L. (org) Desnutrição urbana no Brasil em um período de transição. São Paulo, Cortez 1996, cap.1, pp.19-33.

SZARFARC, S. C. Anemia ferropriva e Saúde Pública. Pediatr. Moderna, v.29, nº.1, pp.39-43, 1993.

SZARFARC, S. C; STEFANINI, M. E.; LERNER, B. R. Anemia nutricional no Brasil. Cad. Nutr., v. 9, pp. 5-24, 1995.

UNICEF. Situação mundial da infância. Unicef, Brasília, 1998.

VANNUCCHI, H.; FREITAS, M. L. S.; SZARFARC, S. C. Prevalência de anemias nutricionais no Brasil. Cad. Nutr., v. 4, pp. 7-26, 1992.

WALTER, T. Conseqüências não hematológicas da deficiência de ferro. Anais Nestlé, v. 52, pp. 25-35, 1996.

Interação com a Família da Criança Cronicamente Doente

Elaine Buchhorn Cintra Damião¹
Lisabelle Mariano Rossato-Abéde¹

As doenças crônicas afetam a criança, como pessoa, e a sua família como sistema, de maneira intensa e sem retorno, já que a doença não é um evento transitório. Torna-se necessário esclarecer como as várias doenças crônicas se manifestam ao longo do curso da enfermidade e como isto afeta o ciclo de vida da criança e da família, a fim de que possamos avaliar e compreender como a família vivencia a situação de doença crônica da criança e propor uma intervenção de enfermagem baseada nas necessidades da criança e família. Primeiramente podemos classificar a doença crônica em quatro grandes grupos e quais as reações mais comuns da família (Quadro 1):

Quadro 1: Classificação das doenças crônicas e reações da família.

INÍCIO	DESCRIPÇÃO	REAÇÕES DA FAMÍLIA
	Ínicio abrupto: doença de aparição clínico súbito, diabetes juvenil.	As doenças de ínicio agudo exigem da família uma rápida mobilização e capacidade de administrar a crise.
	Ínicio gradual: doença que apresenta ínicio insidioso, são exemplos, asma e artrite reumatóide juvenil.	Este tipo de doença permite que a família tenha mais tempo para lidar com as mudanças trazidas pela doença, tendo um período maior de ajustamento.

CURSO	DESCRIPÇÃO	REAÇÕES DA FAMÍLIA
	Progressiva: torna-se mais grave com o correr do tempo, a incapacidade desenvolve-se de modo gradual e progressivo. Ex.: câncer, diabetes juvenil, artrite reumatóide juvenil, fibrose cística do pâncreas.	Aqui, além dos períodos de alívio serem mínimos, novas demandas de cuidado são continuamente acrescidas à rotina familiar, podendo levá-la à exaustão.
	Constante: o evento inicial acomete a pessoa com posterior estabilização. A fase crônica é caracterizada por alguma seqüela, tornando a mudança semipermanente. Ex.: trauma com paralisia.	Após a fase inicial de choque e desorientação da família, ela tende a adaptar-se à situação de doença, criando estratégias que melhor se adequem a sua dinâmica familiar.
	Reincidente ou Episódica: alternância entre períodos de pouca sintomatologia, com outros de exacerbação. Ex.: câncer em remissão; asma.	Muitas vezes a família consegue manter uma rotina "normal". O sofrimento da família está relacionado a freqüência das fases de crise e não-crise, bem como pela incerteza de não poder prever quando será a próxima crise.

CONSEQUÊNCIAS	DESCRIPÇÃO	REAÇÕES DA FAMÍLIA
	Não encurtam a vida: são as doenças que geralmente não afetam o número de anos de vida da criança. Ex.: a artrite reumatóide.	A extensão com que a doença crônica pode encurtar a vida da criança ou mesmo levá-la à morte é uma das grandes preocupações da família. Nas situações em que as doenças não ameaçam a vida da criança de forma iminente, como asma, diabetes juvenil e artrite reumatóide juvenil, as famílias podem tornar-se superprotetoras e as crianças acabam obtendo grandes ganhos secundários, em termos de atenção, privilégios e afeto.

CONSEQUÊNCIAS	DESCRÍÇÃO	REAÇÕES DA FAMÍLIA
	<p>Intermediário: são doenças imprevisíveis. Ex.: diabetes juvenil e asma severa.</p> <p>Encurtam a vida: são doenças progressivas e fatais. Ex.: câncer metastático, fibrose cística do pâncreas.</p>	<p>A extensão com que a doença crônica pode encurtar a vida da criança ou mesmo levá-la à morte é uma das grandes preocupações da família. Nas situações em que as doenças não ameaçam a vida da criança de forma iminente, como asma, diabetes juvenil e artrite reumatóide juvenil, as famílias podem tornar-se superprotetoras e as crianças acabam obtendo grandes ganhos secundários, em termos de atenção, privilégios e afeto.</p> <p>Nas situações em que a doença ameaça a vida, a família pode apresentar uma tendência à tristeza e à perda antecipada.</p>
INCAPACITAÇÃO	DESCRÍÇÃO	REAÇÕES DA FAMÍLIA
	<p>Danos de movimento: a doença causa dificuldades de motricidade e mobilidade da criança. Ex: artrite reumatóide juvenil.</p> <p>Danos à produção de energia: asma, diabetes juvenil, câncer, fibrose cística do pâncreas.</p>	<p>A família ajusta-se às situações limitantes dependendo do grau da incapacidade e quanto repentinamente ela ocorreu. Na artrite reumatóide juvenil, por ex., a família possui mais tempo para adaptar-se e criar estratégias para conviver com as deficiências da criança doente.</p>

Uma outra dimensão da doença crônica refere-se às suas três fases temporais: fase de crise, fase crônica e fase terminal.

1. Fase de Crise

Engloba o início do período sintomático da doença, desde aqueles em que a família percebe que há algo errado com sua criança até a confirmação diagnóstica e o começo do tratamento.

Tarefas da família:

- Aprender a lidar com a dor, com a incapacidade e com os outros sintomas relativos à doença;
- Aprender a lidar com o ambiente do hospital e com os procedimentos terapêuticos (medicações, curativos, tratamentos);
- Manter e cultivar um bom relacionamento com a equipe que cuida da criança;
- Encontrar um sentido para a doença que ajude a família a manter o controle da situação de doença da criança;
- Entristecer-se pela perda da identidade familiar, da criança saudável e dos sonhos que ela tinha para a criança;

f) Procurar aceitar as mudanças permanentes;

- Unir-se para que a família possa se reorganizar;
- Manter-se flexível, para alcançar objetivos futuros.

Intervenção da enfermeira:

- Estar disponível e capacitada para atender às necessidades da família;
- Conhecer a família, a fim de atender às suas demandas:
 - ouvir a família quanto às suas dificuldades relacionadas ao enfrentamento da situação de doença da criança para minimizar o estresse;
 - esclarecer as suas dúvidas relativas à patologia, tratamento e prognóstico da doença.

2. Fase Crônica

Compreende o período após a confirmação do diagnóstico e os primeiros ajustamentos até o início da fase terminal. Doenças estáveis, não fatais podem levar décadas, como a asma leve. Entretanto, alguns tipos de câncer apresentam uma fase crônica curta, passando da fase de crise para a terminal.

Tarefas da família:

- Tentar manter a “normalidade” da vida, porém tendo presente a “anormalidade” da enfermidade crônica.

b) Tentar manter o controle da situação de doença, ao administrar as atividades de cada membro da família como era antes da ocorrência da doença: trabalho, escola, lazer, amizades, etc.

Intervenção da enfermeira:

- a)** Auxiliar a família a manter a “normalidade”:
 - reforçar as técnicas e/ou orientações dos cuidados da criança;
 - elogiar os pais pelo bom cuidado da criança doente;
 - b)** Informar à família a existência e as formas de participação em associações de pais de crianças com o mesmo problema que a sua.

3. Fase Terminal

Inclui o período pré-terminal, no qual a família conscientiza-se da inevitabilidade da morte da criança, abrangendo as fases do luto e de resolução da perda.

Tarefas da família:

a) Envolver-se nas questões referentes à separação, morte, tristeza, resolução do luto e retorno a uma vida “normal” após a perda da criança.

Intervenção da enfermeira:

- a)** Estar disponível para ouvir a família;
- b)** Orientar a família sobre o cuidado da criança terminal em casa, se este for o desejo da família ou na impossibilidade de internação;
- c)** Orientar a família como proceder se a criança falecer em casa.

As famílias necessitam ter o controle da situação de doença crônica de sua criança nas fases temporais. Esta não é uma tarefa fácil, porque implica em aprender novas habilidades para cuidar da criança, desistir do sonho da criança perfeita, freqüentar hospitais para consultas, exames e hospitalizações e em conviver com seu próprio sofrimento e o da criança. As tarefas de adaptação são encargos relativos à situação de doença crônica. Algumas famílias, ao conseguirem realizar as tarefas de adaptação de cada fase, conseguem obter segurança e controle; outras porém necessitam de assistência para poder executá-las. Assim, é importante que a equipe de saúde conheça quais são estas tarefas, a fim de propor intervenções na família, que não somente atendam aos aspectos instrumentais (cuidados técnicos), bem como aos aspectos emocionais que afetam a família da criança com doença crônica.

Modelo: Tarefas de Adaptação da Família à Situação de Doença Crônica

Aceitar a condição da criança

As primeiras reações são de choque e descrença, a família simplesmente não consegue acreditar que “isto” (a doença crônica da criança) esteja realmente acontecendo. Segue-se, então, um tempo de negação da situação, que é útil para a família, porque permite que ela se reorganize, aceitando o diagnóstico e a enfermidade da criança, tendo uma visão mais realista de toda a situação.

Administrar a condição da criança diariamente

Um dos papéis da família é o cuidado de seus membros, mas para cuidar da criança com doença crônica, é preciso que ela tenha informações completas sobre a doença e seu tratamento. Este novo papel pode ser muito difícil de ser incorporado pela família, porque ela tem de executar tarefas que são específicas e técnicas; por exemplo, aplicar injeções de insulina na criança diabética. Portanto, a família precisa manter um bom relacionamento com a equipe de saúde para que tenha acesso não só às informações necessárias, como também a ter na equipe uma referência para o cuidado de sua criança. (Obs.: para fisiopatologia das doenças crônicas, técnicas específicas ou protocolos de assistência, recomenda-se os livros-textos de enfermagem e medicina mencionados na Bibliografia).

Outro ponto que se deve destacar é o custo financeiro que o cuidado da criança doente acarreta para a família. A equipe de posse dos dados sobre as famílias, pode adiantar-se, prevendo as situações e assim encaminhar a família para os recursos da comunidade.

Identificar as necessidades para desenvolvimento normal da criança

Nesta tarefa, os pais devem sempre ter em mente os riscos à saúde da criança e quais os benefícios em certas atividades. Por exemplo, uma adolescente diabética que quer dormir na casa da amiga. Quais seriam os riscos à sua saúde? Ela sabe realizar a autoaplicação de insulina? Sabe identificar os sinais de hipo e hiperglicemias? Qual a importância para ela de passar a noite na casa da amiga? Todas estas questões ilustram as decisões que a família deve tomar relacionadas ao cuidado da criança. Assim, a família que se preocupa com a criança como um todo, procurará: a) aumentar gradualmente sua independência e autoconfiança; b) reforçar suas

capacidade, habilidade e responsabilidade, ao invés de suas limitações; c) transmitir segurança ao manter a disciplina; d) procurar manter a rotina familiar e da criança o mais normal possível. Por outro lado, a família que focaliza a doença tende a superproteger a criança, fazendo com que ela tenha dificuldades em conhecer seu próprio potencial de independência e realização, mantendo-a dependente e insegura.

Identificar as necessidades dos outros membros da família

A criança cronicamente doente geralmente necessita de muitos cuidados, ocupando uma grande parcela de tempo dos pais. Muitas vezes, a demanda é tão intensa que os pais não conseguem gastar tempo suficiente com os outros filhos, o cônjuge, consigo próprio e com a família. As famílias que conseguem enfrentar melhor a situação de doença crônica da criança são aquelas que: a) mantêm os canais de comunicação abertos, isto é, conversam francamente sobre as decisões e os sentimentos envolvidos, compartilham seus medos e angústias; b) ajudam uns aos outros; c) encorajam a autonomia e independência de seus membros; d) gastam tempo uns com os outros como família; e) o casal possui um tempo reservado para si.

Enfrentando o estresse diário e as crises periódicas

A doença crônica causa um grande estresse na família como um todo e em cada um de seus membros separadamente. O estresse resulta das demandas da doença (por exemplo, a carga de cuidados diários), das consultas e hospitalizações repetidas e da ansiedade sobre o futuro da criança. Os profissionais da equipe de saúde podem auxiliar as famílias dando suporte ao esclarecer as questões sobre a doença e ajudando-os a prever os tempos críticos, como, por exemplo, o período do inverno, época de maior risco para as crianças asmáticas e com artrite reumatóide.

Ajudar a família a expressar seus sentimentos

Conviver com uma criança com doença crônica desencadeia uma série de fortes sentimentos em todos os membros da família, como: ansiedade, culpa, medo, ressentimento, raiva e depressão. As famílias freqüentemente necessitam do suporte de profissionais que não os julguem, mas compreendam seus problemas. O apoio emocional tanto pode ser obtido de forma individual como em grupo. Assim, quando os pais têm a oportunidade de trabalhar seus próprios sentimentos, eles também têm condições de ajudar os filhos a trabalhar os deles.

Esclarecer o outro sobre a condição da criança

Crianças que são incluídas nas discussões sobre a sua doença pela família, são aquelas que conseguem conviver melhor com sua doença. Fingir que a doença não é importante ou não existe faz com que ela não encontre meios satisfatórios para incorporar a doença à sua experiência de vida. Aquela que conseguir falar sobre a sua doença, sentir-se à parte da situação, podendo comunicar-se livremente com os outros membros da família, com amigos, professores e outros parentes, se assim o desejar. Mas, muitas famílias não conseguem conversar com outras pessoas e com a própria criança doente sobre a sua condição, fazendo com que a criança fantasie sobre a doença, o tratamento e até sobre a morte, tornando a experiência de ter uma doença crônica aterradora. A família deve ser estimulada a responder às perguntas da criança doente, dos irmãos, da família extensa (tios, avós, primos) dentro da compreensão e idade que cada um possui.

Estabelecer uma rede de suporte

A família precisa estabelecer contatos na comunidade em que eles vivem. Pais, irmãos e criança doente necessitam manter amizades, encontros, pertencerem a alguma associação, enfim, ter afinidades com outras pessoas, a fim de receberem apoio e se sentirem acolhidos quando estiverem fragilizados emocionalmente.

O papel da enfermeira é avaliar se a família está conseguindo executar as tarefas de adaptação, a fim de que ela adquira o controle da situação de doença crônica da sua criança. Se for detectada alguma dificuldade, é preciso identificar se é na área de conhecimentos ou de habilidades e recursos que eles necessitam de ajuda para conseguirem executar a tarefa. Quando a família está numa fase de crise, pela própria história da doença ou por outra causa, é preciso que a crise seja resolvida para que as tarefas sejam retomadas. Uma das vantagens da utilização do modelo é que ele pode ser utilizado de maneira diferenciada com qualquer família de criança com doença crônica. As necessidades que a família apresenta podem ser contempladas na intervenção, auxiliando-os a conviver e a enfrentar esta situação com menos sofrimento.

A criança com dor crônica

Muitas delas têm uma doença crônica que causa dor. Pode-se definir a dor crônica como "a dor que

persiste além do tempo razoável para a cura de uma lesão, desenvolve-se sem lesão física aparente e geralmente esta associada a processos patológicos crônicos que causam dor contínua ou recorrente durante meses ou anos". Como os adultos, a criança experiência dor crônica associada a doenças como: câncer, artrite reumatóide juvenil, anemia falciforme, hemofilia, trauma accidental e queimaduras. Neste capítulo, abordaremos apenas aspectos da dor crônica causada por artrite reumatóide juvenil (ARJ) e leucemia.

Quadro 2: Cuidados com a criança com ARJ e dor crônica

<p>Cuidados de Enfermagem no domicílio com a criança com ARJ e dor crônica</p> <p>A criança com dor decorrente da artrite reumatóide juvenil apresenta rigidez matinal das articulações atingidas e limitações relacionadas ao seu autocuidado e locomoção.</p>	
Cuidados	O que fazer
Autocuidado: auxiliar na higiene; utilizar materiais de cabo grosso (escovas de dente, de cabelo); maçanetas e torneiras "tipo vaivém".	Orientar a família quanto aos cuidados de higiene com a criança, estimulando a independência da criança.
Locomoção: verificar elementos dificultadores no domicílio como escadas, degraus, rampas e mobiliários altos.	Mobilizar a família para realizar adaptações que facilitem a vida da criança em casa.
Administração dos medicamentos: aliviam a dor e amenizam o processo inflamatório	Orientar a família: <ul style="list-style-type: none"> • a administrar os medicamentos; • quanto aos cuidados com a criança; • a realizar a fisioterapia já orientada; • quanto à utilização de métodos não-farmacológicos: aplicação de calor/frio; distração; toque e relaxamento associados aos farmacológicos: fármacos não-opiáceos: analgésicos, antiinflamatórios e ácido acetilsalicílico e fármacos opióceos: codeína, morfina.
Prevenção de traumatismos e infecções: evitam uma ativação da artrite	
Fisioterapia: preserva a função articular e atenua deformidades físicas.	
Planejar uma intervenção com a família: visa o alívio da dor e do sofrimento da criança	

Quadro 3: Cuidados à criança com leucemia e dor crônica oncológica

<p>Cuidados de Enfermagem no domicílio à criança com leucemia e dor crônica</p>		
Leucemia	Cuidados	O que fazer
A criança com dor oncológica, decorrente de leucemia, possui limitações: <ul style="list-style-type: none"> • não dorme tão bem quanto a que não sente dor alguma, podendo tornar-se cansada e facilmente distraída, • tem dificuldade para movimentar-se na cama 	Prevenir escaras e aliviar seu desconforto.	Mobilizar a família a providenciar um colchão com variação nas pressões e a colocação de proteções sob as proeminências ósseas
Pode vir a apresentar vários episódios de dor crônica decorrentes de infecções, hemorragias, ulcerações	Autocuidado: higiene oral e perianal freqüentes e conforto para alívio da dor.	Orientar a família a realizar mudanças de decúbito freqüentes, aumento da oferta de líquidos e de alimentos ricos em fibra para prevenir a constipação intestinal e consequente dor.
Pode privar-se de atividades físicas próprias da idade, como jogar bola, passeios com amigos, favorecendo seu isolamento social, principalmente devido às ausências freqüentes na escola relacionadas às internações e ao tratamento ambulatorial.	Orientar a família: quanto à programação de atividades de recreação que promovam repouso e tranquilidade, mas que evitem o tédio e o retraimento.	Incentivar a família a realizar relaxamento, leituras e estimular o convívio com outras crianças, desde que esteja de acordo com sua tolerância física e não seja extenuante.
	Planejar uma intervenção com a família: visando o alívio da dor e do sofrimento da criança	Recomendamos a utilização de métodos não-farmacológicos como a aplicação de calor/frio, distração, toque e relaxamento associados aos farmacológicos, como os fármacos não-opiáceos, de ação periférica, sendo os analgésicos, antiinflamatórios e ácido acetilsalicílico e fármacos opióceos, de ação central como codeína, morfina.

A dor crônica decorrente da doença causa um impacto na família da criança, pois pode acarretar alguma deficiência física para ela. Dessa forma, a família tem de ajustar-se a essa condição crônica, passando a sentir-se estressada pela dor constante e suas consequências.

Para saber avaliar essa situação, saiba reconhecer as reações da criança frente à dor crônica e lembre que a dor é sempre subjetiva, individual e difícil de ser avaliada. A enfermeira deve, portanto, ensinar a família a identificar as mudanças comportamentais e a observar as posturais que indicam a existência da dor. As reações podem ser classificadas em: a) comportamentais: a criança pode apresentar tristeza, depressão, inapetência, desânimo, agressividade; b) posturais: a criança indica a localização da dor.

Muitas vezes, esquece-se que a família também pode apresentar reações frente à dor crônica da criança, como: culpa, frustração e ansiedade. Por isso, conheça as reações que a família possa apresentar, para auxiliá-la a aceitar melhor a condição, diminuindo o seu sofrimento.

É importante verificar o nível de conhecimento da família em relação à dor crônica da criança, e os efeitos colaterais dos medicamentos que ela recebe para aliviar a dor, sua dosagem e risco de dependência medicamentosa. Conheça os valores e os mitos da família em relação à dor, já que esses fatores determinam a realização do cuidado da criança.

A equipe desempenha um papel importante na assistência à família e à criança, sabendo ouvi-las, estimulando-as a falar sobre a situação e ajudando-as a buscar soluções para o problema.

Ao final do capítulo, a(o) enfermeira(o) terá subsídios para:

- identificar as principais reações de famílias diante da vigência de uma doença crônica
- estruturar a intervenção de enfermagem.

BIBLIOGRAFIA

DAMIÃO, E. B. C. Sendo difícil não ter controle: a família vivenciando a doença crônica da criança. São Paulo, 126. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 1997.

MARCONDES, E. (coord) Pediatria básica. 7^ª ed., São Paulo, Sarvier, 1987.

MERSKEY, H., BOGDUK, N. Classification of chronic pain: description of chronic pain syndromes and definitions of pain terms. 2^ª ed. Settle: IASP, 1994. 222p.

Mc GRATH, P. A. Pain in children – Nature, assessment and treatment. The New York, London, Guilford Press, 1990.

ROLLAND, J. S. Doença crônica e o ciclo de vida familiar. In: CARTER, B.; McGOLDRICK (coord.) As mudanças no ciclo de vida familiar – uma estrutura para a terapia familiar. 2^ª ed., Porto Alegre, Artes Médicas, cap. 18, p. 373-92, 1995.

ROSSATO, L. M. Utilizando instrumentos para avaliação da percepção de dor em pré-escolares face a procedimento doloroso. Dissertação (Mestrado). Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997. 71 p.

WHALEY, L. F.; WONG, D. L. Enfermagem pediátrica – elementos essenciais à intervenção efetiva. 2^ª ed., Rio de Janeiro, Guanabara, 1989.

Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde Infantil

Maria De La Ó Ramallo Veríssimo¹

Muitos problemas de saúde não podem ser resolvidos no interior do sistema de saúde, exigindo, cada vez mais, ações intersetoriais. A violência urbana, por exemplo, é a causa de mortalidade que mais cresce, consumindo volume importante dos recursos do sistema de saúde, sendo que esse setor tem limitadas condições de agir sobre suas causas. Por essa razão, a ótica da promoção da saúde na concepção dos sistemas de vigilância propõe o reconhecimento dos determinantes da saúde e dos caminhos de ação possíveis, os quais, geralmente, demandam o envolvimento de outros setores governamentais e da sociedade.

Os profissionais da área da saúde podem atuar e influenciar todos os campos de ação da promoção da saúde, que são: **desenvolver políticas públicas saudáveis, criar ambientes saudáveis, fortalecer a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais, e reorientar os serviços de saúde**. Para tanto, o volume de ações a serem discutidas é imenso. Nesse texto, foi feito um recorte e optou-se por apresentar algumas ações referentes aos dois últimos campos, que podem ser realizadas individualmente pela enfermeira, em seus contatos com crianças e famílias, para a promoção da saúde infantil, sem perder de vista que tais ações são complementares e devem ser aliadas a intervenções nas demais esferas. As ações propostas podem também ser encaminhadas junto a outras instituições que cuidam de crianças, como as creches e pré-escolas.

Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil

As ações de enfermagem devem delinearse com base nos perfis epidemiológicos da população infantil no território abrangido pela unidade de saúde e na identificação de riscos potenciais. Têm como objetivo influir no processo saúde-doença infantil, fortalecendo as ações dos usuários/famílias que concorrem para a saúde da criança, e superar os riscos

potenciais. Na busca de seu objetivo, a priorização do atendimento às crianças expostas aos maiores riscos, identificadas pelo instrumental do modelo epidemiológico, garante a eqüidade da atenção.

No Brasil, a diarréia, as infecções respiratórias agudas, a desnutrição e anemia, as doenças imunopreveníveis e, em algumas localidades, a malária, ainda se constituem como os principais agravos para as crianças menores de 5 anos. Por essa razão, as ações básicas de saúde, que compreendem o controle das IRAs e das doenças diarréicas, o acompanhamento do crescimento e o incentivo ao aleitamento materno e às imunizações continuam sendo as principais intervenções. Atualmente, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) combina todas essas ações, num modelo de atendimento global à criança².

1. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento

A situação de crescimento e desenvolvimento (CD) da criança é o principal indicador de suas condições de saúde. Portanto, a promoção da saúde infantil compreende todas as ações diretas e indiretas que favorecem a criança a atingir seu potencial de CD.

No que diz respeito a ações diretas que competem à enfermeira, destaca-se o acompanhamento do CD, o qual contempla a avaliação do CD e a educação em saúde, a qual consiste em atuar junto aos pais e cuidadores infantis bem como às próprias crianças, mantendo ou promovendo a aquisição de competência para atender as necessidades da criança, que incluem: comunicação, higiene, imunizações, sono, nutrição (quantidade, qualidade, hábitos), afeto, segurança, jogos/brincadeiras, sexualidade, cuidados dentários, disciplina e auto-estima.

Para promover a expressão saudável de todas essas dimensões da infância, compete à enfermeira:

- Compreender essas funções para as diversas crianças em diferentes idades e estágios do

desenvolvimento e compartilhar essa compreensão com a família e cuidadores;

- Assegurar que as famílias fiquem conscientes de todos os serviços de saúde disponíveis, sobre os tratamentos e procedimentos, tomem parte no cuidado à criança e sejam estimuladas a manter ou mudar as práticas de saúde existentes;

- Usar sua capacidade profissional para apoiar a criança e a família a enfrentar as situações e os desafios do processo saúde-doença.

Para construir essas competências, os pressupostos abaixo fundamentam o cuidado:

- A atenção da(o) enfermeira(o) focaliza-se nas necessidades e respostas humanas à vivência do processo saúde-doença.

- A família é a organização social na qual o cuidado da saúde vai se estruturar, e o pessoal do serviço de saúde é um elemento externo a essa organização.

- Do mesmo modo que a criança e a família trazem consigo uma única e vasta experiência que interfere com seu papel no sistema de assistência à saúde, cada enfermeira traz para cada criança e família um conjunto de características e valores individuais que afetarão seu mútuo relacionamento.

Muitas mães têm dúvidas e insegurança sobre o cuidado de seu filho e a diferença entre o “normal e o anormal”. Todos os contatos devem ser aproveitados para estimular as mães ou cuidadores a se manifestarem sobre isso e a promover atitudes na família que favoreçam o desenvolvimento adequado da criança.

O crescimento e o desenvolvimento devem ser avaliados periodicamente, segundo o calendário mínimo do Ministério da Saúde (ou outro estabelecido no serviço com base na realidade local), lembrando que devem ser avaliadas em intervalos menores: crianças com menos de 6 meses que tenham nascido com peso inferior a 2500g ou que já tenham sido desmamadas e aquelas de qualquer idade que apresentem déficits de crescimento ou problemas de desenvolvimento. Em todas as oportunidades de contato dos profissionais de saúde com a criança, estes devem verificar seu CD.

Avaliação do crescimento. Encontra-se discutida em detalhes no texto sobre “Assistência - cuidado com a criança com problemas nutricionais”, dessa mesma série de documentos.

Avaliação do desenvolvimento. O desenvolvimento é avaliado a partir dos

comportamentos da criança, tendo como referência os marcos do desenvolvimento segundo a idade cronológica. Além de procurar conhecer bem o processo de desenvolvimento infantil, a enfermeira pode utilizar algum instrumento como recurso para essa avaliação. Os diversos instrumentos que já foram organizados têm possibilidades e limitações diferentes, como questões relativas à utilização nas populações das variadas culturas e organizações sociais; alguns implicam em treinamento específico para obtenção de permissão para uso. Essas são algumas das razões pelas quais, até hoje, não foi escolhido um instrumento-padrão pelos órgãos governamentais de saúde para utilização nos serviços.

Em nossa realidade, no ensino de graduação, tem-se preconizado o *Guia Washington para Promover o desenvolvimento da criança pequena* (BARNARD; ERIKSON, 1978) como instrumento para orientar a avaliação. Ele foi construído com base nos trabalhos e padronizações de estudiosos do desenvolvimento, especialmente para auxiliar as enfermeiras na observação sistemática dos comportamentos infantis e na promoção de seu desenvolvimento, pois contém também sugestões de atividades específicas para serem realizadas com a criança. Um inconveniente para a sua utilização é que é muito longo, não sendo viável sua reprodução no presente texto. Pode-se também encontrar o referido guia reproduzido no livro de SIGAUD; VERÍSSIMO (1996).

Alguns cuidados para avaliar e acompanhar o desenvolvimento da criança são:

- Utilizar as informações disponíveis sobre o período pré-natal e o parto.

- Utilizar a idade cronológica como referência. Para crianças nascidas prematuras, ajusta-se a idade descontando da idade cronológica o número de semanas que faltaram para concluir a idade gestacional, até que a criança complete dois anos.

- Observar sempre as várias áreas do desenvolvimento: motor grosso e fino, linguagem, intelectual, emocional, social e moral. Lembrar que há uma seqüência ordenada para o desenvolvimento, mas não uma velocidade-padrão; por isso, as crianças apresentam diferenças nas idades exatas que realizam os marcos de desenvolvimento.

- Considerar as oportunidades que a criança tem na sua realidade. Por exemplo, aquela que nunca manuseou um lápis, comparada a outra da mesma idade que constantemente tem possibilidade de rabiscar, não poderá apresentar o mesmo desempenho

nessa situação.

- Utilizar brinquedos e brincadeiras nos contatos diretos com a criança, observando como ele comprehende e reage à linguagem e à interação.
- Aproveitar as possibilidades de observar a criança em um ambiente que lhe seja conhecido, como o domicílio ou a creche.
- Quando perguntar aos pais sobre uma determinada atividade que pretende avaliar, como “comer sozinho”, use questões que não induzam a resposta. Assim, fale, por exemplo, “Conte-me sobre a hora da alimentação. Como é que a senhora faz para alimentá-lo?”, ao invés de “A senhora já deixa ele comer com a colher?”. Esta última pergunta pode inibir a mãe, pois sinaliza que é esperado que ela já faça isso.

2. Promoção do vínculo afetivo (e da auto-estima)

O afeto-amor é um dos direitos da criança que os adultos devem fortalecer e defender. Não é fácil tratar este tema com os pais ou os adultos que cuidam das crianças, porque, geralmente, todos acreditam que estão fazendo o melhor. Por exemplo, é possível que alguns pais pensem que, sendo rígidos com as crianças, as ajudam a se tornarem fortes para enfrentar o mundo que é tão difícil.

Definir afeto-amor é muito complicado; depende da cultura, da história da família, da história de cada um de nós. Mas há inúmeras comprovações de sua importância para o desenvolvimento e a sobrevivência das crianças. O afeto-amor é uma relação, uma sensação, um laço emocional que começa a crescer entre pais e filhos desde antes do nascimento, permanece através do tempo e se dá como resposta ao cuidado que se oferece à criança, em geral pela família ou pelas pessoas que estão cuidando.

A forma como nos relacionamos com as crianças, como lhes manifestamos o afeto-amor determina como ela se relaciona consigo mesma, com o mundo e com os demais. Uma criança feliz, espontânea, sorridente, confiante, otimista, segura, sadia, autônoma, capaz de dar e receber amor é aquela que cresce dentro de um vínculo de afeto.

Relações parentais eficazes são diretamente relacionadas ao conhecimento dos pais sobre desenvolvimento. As enfermeiras, muitas vezes, têm uma possibilidade privilegiada para ajudar os pais a compreenderem as necessidades da criança. O que

fazer:

- Para avaliar a relação afetiva da família com as crianças, observe as manifestações de carinho e amor; os cuidados de vacinação, amamentação, alimentação, educação; “estar de olho na criança”; facilitar sua relação com o mundo que a cerca; o acolhimento e respeito à criança nas suas inseguranças. Reforce comportamentos adequados elogiando-os, e expressando como podem favorecer o desenvolvimento. Se identificar comportamentos inadequados, planeje uma intervenção com o objetivo de modificá-lo (considere as recomendações do capítulo sobre educação em saúde).

• Afirme que o bebê necessita ser carregado ou ninado por alguns períodos, lembrando que as crianças vêm de um ambiente no qual os movimentos e o aconchego são constantes (o ventre materno). Conversar utilizando uma linguagem clara e simples facilita a formação do vínculo afetivo e o desenvolvimento da linguagem.

- Mostre as aquisições e competências da criança, mesmo que seja um recém-nascido. Isso ajuda a valorizá-la como ser único e competente.

• Ajude a família a compreender e a lidar com os comportamentos e necessidades infantis, particularmente aqueles mais “difíceis”, como a birra e o negativismo do pré-escolar jovem e outros, característicos do processo de desenvolvimento.

- Estimule os contatos tático, visual e auditivo através de carícias, olhares e jogos; utilize diferentes brinquedos, que devem ser objetos com ou sem som, de cores chamativas e contrastes e de diferentes texturas. Explique que tudo isto promove sensações que são necessárias para o bem-estar infantil.

• Estimule a chamar a criança pelo nome, olhando-a cada vez que falar com ela.

- Estimule que a família reserve algum tempo para participar dos jogos que a criança propuser e que permita que ela tente fazer coisas novas. É importante que ela sempre termine sua atividade de jogo ou da vida cotidiana.

• Ajude a família a encontrar um espaço onde a criança possa deslocar-se e brincar.

3. Disciplina (e auto-estima)

À medida que a criança cresce, a disciplina costuma ser uma das necessidades com as quais os pais têm dificuldade de lidar. A enfermeira que conhece as características do desenvolvimento infantil pode ajudar a família a compreendê-las e a encontrar meios de atender às suas necessidades. Por

exemplo, para lidar com crianças pequenas que, na busca de sua autonomia, querem fazer tudo sozinhas e não gostam de receber ordens, é comum encontrarmos duas maneiras opostas de condutas paternas: alguns pais deixam que a criança faça sempre tudo o que quer “porque ela é impossível”, enquanto outros nunca a deixam decidir, “porque senão ela acha que pode mandar”. Para ambas as situações, a enfermeira esclarece aos pais que a busca de autonomia é uma necessidade que interfere com a formação da personalidade e que a criança precisa exercitar seu poder de escolha tanto quanto precisa ter a segurança de limites claros, de regras disciplinares para aprender a conviver. Algumas sugestões:

- Lembre que a disciplina tem como objetivo ajudar a criança a socializar-se, a aprender sobre os efeitos de suas ações sobre as outras pessoas e a sentir-se segura. Não deve visar “moldá-la”, torná-la boazinha, nem mostrar que “quem manda é o adulto”, pois isso elimina o direito que já foi conferido a ela por lei, qual seja o de ser cidadã.

- A criança que sente segurança no amor do adulto e tem oportunidades efetivas de realizar-se como criança aceita melhor e se beneficia dos limites e regras.

- Os limites precisam ser claros – as regras devem ser compreendidas pela criança. Utilize abordagem positiva como: “o lápis é para escrever no papel”, ao invés de “não rabisque a mesa”. São mais facilmente aprendidos quando todas as pessoas que cuidam da criança utilizam as mesmas regras para as mesmas situações e quando são mantidos mesmo ante o descontentamento da criança. Por isso, é importante proibir ou restringir aquilo que precisa ser mesmo proibido, ao invés de ir logo dizendo “não faça isso” e depois mudar de idéia.

- Dê opções para a criança, mas nunca opções às quais ela possa responder com um sim ou um não, a menos que esse “não” valha mesmo. Por exemplo, ao invés de perguntar “você vem escovar os dentes?”, pergunte “quem você quer que ajude a escovar seus dentes: o papai ou a mamãe?”. O fato de poder fazer a escolha a predispõe a fazer o que é preciso e fortalece sua auto-estima.

- Se necessário, reprove o seu comportamento, mas sem humilhá-la e nunca associe o respeito ao limite como condição para receber amor. Diga: “pare de morder seu irmão, porque ninguém gosta de ser mordido”; não a chame de feia, boba, nem diga que

não a ama mais. Ela precisa aprender que o comportamento é indesejado, mas que ela continua sendo amada. Assim, vai incorporando as regras pelas razões corretas às quais elas se referem.

- Muitas vezes, a criança expressa sentimentos de raiva, frustração ou medo tendo comportamentos agressivos. Por isso, é importante identificar as razões que a levaram a um comportamento indesejado. Por exemplo, uma criança pequena que bate no irmãozinho (bebê), possivelmente está expressando sua raiva e ciúmes dele. Se dissermos: “acho que você está brava com seu irmãozinho, só porque eu estava cuidando dele não é? Mas eu não quero que você bata nele outra vez. Ele gosta só de carinho, igual a você”, mostramos que a entendemos, é mais fácil que ela aceite a repreensão e pare de ter esse comportamento.

- Outras causas de comportamento agressivo podem ser: exigências exageradas para com a criança; convivência com pessoas agressivas ou que valorizam a agressividade como uma qualidade, particularmente para os meninos; ambiente permissivo, sem regras; reforço, por só dar atenção à criança quando ela apresenta comportamento agressivo. Assim, é importante verificar a presença dessas causas e planejar intervenções específicas.

4. Alimentação

Ver textos sobre “Promoção do aleitamento materno e alimentação da criança” e “Assistência - cuidado com a criança com problemas nutricionais”, dessa mesma série de documentos.

5. Higiene

Assim como para todas as demais intervenções, considere a realidade familiar, buscando alternativas que satisfaçam os princípios básicos do cuidado em foco.

- Em todas as regiões de clima quente, que são predominantes em nosso país, o banho diário é recomendado desde o nascimento. Promove higiene, facilita o vínculo entre pais e filhos, estimula o desenvolvimento psicomotor, oferece experiências sensitivas (carícias, frio, calor, umidade), brincadeira e relaxamento. Pode ser dado de manhã ou à tarde, com água morna e evitar correntes de ar. Usar sabão suave (exemplo: glicerina), em pequena quantidade. Para bebês pequenos, a banheira, bacia ou pia deve ser bem lavada antes do banho, particularmente se não for exclusiva, e estar posicionada de maneira segura. Use a água mais limpa disponível, caso não haja água tratada. Atenção especial à cabeça, pois

muitas pessoas têm medo de machucar a criança e não a lavam direito. Pequenas crostas podem ser removidas aplicando óleo antes e limpando durante o banho com gaze ou pano de algodão.

- Sempre lavar a criança às trocas de fraldas: com água se houver apenas “xixi”, e também com sabão (pouco), se houver “cocô”. Cuidado com o uso de óleos e loções na pele da região de fraldas, pois podem causar lesões na pele. Os talcos podem ressecar a pele e causar problemas respiratórios.

- A manutenção da pele limpa e seca previne assaduras. Caso ocorra uma irritação na região da fralda ou nas “dobrinhas” do pescoço, atrás da orelha, etc., pode-se acrescentar um punhado de amido de milho (maisena) à água do banho e/ou passar uma pequena quantidade na região, depois que secá-la.

- Muitas vezes, a irritação que provoca a assadura de fraldas decorre do uso de fralda descartável ou de sabão em pó na lavagem da fralda de pano. Assim, para assaduras persistentes: dar preferência à fralda de pano, lavando com sabão neutro (por exemplo, sabão de coco) e enxaguando bem; depois, ferver ou passar a ferro.

- A escovação dos dentes deve ser iniciada junto com o primeiro dente e um adulto precisa se responsabilizar por realizar a escovação pelo menos 1 vez por dia, até que a criança tenha por volta de 9 anos. Não usar creme dental até que ela aprenda a cuspi-lo.

6. Prevenção de acidentes

A criança necessita comer, brincar e explorar sua volta, portanto é natural que olhe, toque, pegue, leve à sua boca, saboreie, ingira, examine, desmonte, bata e atire objetos; igualmente, que se desloque por seus próprios meios, isto é, arraste-se, engatinhe, caminhe, corra, salte, trepe ou nadie. Tudo isso leva a riscos que facilitam a ocorrência de lesões em seu corpo, as quais são necessárias prever para prevenir.

Algumas instruções concretas que a mãe deve conhecer para evitar acidentes são:

- **Nunca deixe uma criança sozinha:** Muitos acidentes ocorrem num segundo e este segundo faz parte do minuto que se pensou que podia ficar sozinha.

- **Evite que crianças cuidem de outras crianças:** Muitas famílias recorrem a essa medida por ausência de outros recursos. É uma questão de saúde, que os profissionais se engajem na luta para a melhoria dessas condições. Enquanto realmente isto não for

possível, procurar ajudar a família e essa criança-cuidador a organizar o ambiente de forma a diminuir os riscos e a favorecer o desenvolvimento.

- **Dar exemplo:** Se a mãe ou cuidador enquanto costura coloca agulhas ou alfinetes na boca, a criança brincando também o fará e um dia poderá engoli-los ou aspirá-los. Se a mãe ou cuidador atravessar a rua fora da faixa de pedestres, desviando dos carros, a criança posteriormente quando estiver sozinha fará igual, porque “nunca aconteceu nada com a mamãe”. Em outras palavras, enquanto existir uma total ignorância dos adultos acerca da prevenção dos acidentes, sua ocorrência continuará sendo “hereditária”.

- **Não confiar que a criança não é capaz de...** Todos os dias crianças pequenas caem da cama, porque o adulto que estava cuidando delas pensou que “ainda” não eram capazes de se virarem.

- **Quedas:** São a primeira causa de morte por lesões físicas não intencionais ocorridas em casa. São muitos os lugares propícios para quedas: terraços, escadas, janelas sem proteção, pisos lisos, valas, poços. Previnem-se os acidentes, impedindo o acesso aos locais e não deixando a criança sozinha.

- **Queimaduras:** São freqüentes, especialmente no contato com líquidos quentes. Um lugar de muito risco é a cozinha. Evitar que elas fiquem na cozinha caso esteja cozinhando e os cabos das panelas devem estar para trás. Não lhe oferecer alimentos sem avaliar sua temperatura nem colocá-la na bacia ou banheira sem verificar a temperatura da água. Evitar líquidos inflamáveis, isqueiros e fósforos, proteger tomatadas e evitar fios elétricos ao seu alcance.

- **Intoxicações:** A forma usual como as crianças se intoxican é por ingestão. Elas ingerem venenos e medicamentos que encontram ao seu alcance. Guarde em lugar seguro, separadamente, drogas, venenos e derivados de petróleo, devidamente rotulados e na embalagem original. Cuidado com plantas: procure conhecer e ter em casa apenas as que forem inócuas em caso de ingestão. É possível também que os pais administrem um medicamento incorretamente. Por isso, deve-se discutir com eles o hábito de auto-medicação e orientá-los adequadamente quando for prescrito qualquer medicamento.

- **Feridas:** São causadas em casa por objetos, mordedoras ou armas. Deve-se manter fora do alcance das crianças os objetos com os quais possam cortar-se ou ferir-se: facas, tesouras, garfos, cotonetes,

louças e objetos de vidro. Se houver armas em casa, estas devem estar descarregadas e trancadas à chave. Tenha especial cuidado com os animais que estejam em contato com a criança e evite animais dentro de casa.

• **Afogamento:** Mesmo pequenos volumes de água podem causar o afogamento, que pode ser prevenido tendo especial cuidado com vasos sanitários, balde, tanques para roupa, piscinas, poços, rios e mar. Nunca deixar uma criança sozinha nestes locais, inclusive durante o banho, e ensiná-la a nadar quando maior.

• **Asfixias:** A aspiração de corpos estranhos, previne-se tirando do alcance da criança objetos pequenos, como: botões, moedas, pregos, bijuterias, bexigas, pilhas, materiais quebráveis, balas, amendoim, grãos secos, frutas com sementes, etc. Outros acidentes são asfixia com laços ao redor do pescoço, ou tampando a boca e o nariz dos menores com travesseiros ou almofadas ou, ainda, colocando a cabeça em sacolas de plástico. Alguns brincam fechando-se em baús, malas, etc. Bebês pequenos devem ser amamentados ao colo, em posição elevada, após colocados para eructar e, quando deitados, mantidos em decúbito lateral, para evitar aspiração de líquido que porventura reflua.

A enfermeira pode, ainda, identificar, junto com a família nas visitas domiciliárias, ou nas creches e pré-escolas, os riscos potenciais do ambiente e ajudá-las a encontrar meios de preveni-los.

7. Vacinação

As vacinas são o principal mecanismo de controle das doenças imunopreveníveis. Muitas crianças deixam de ser imunizadas por razões infundadas, devido à falta de conhecimento dos profissionais sobre as contra-indicações. As principais recomendações sobre a vacinação são o armazenamento correto da vacina e os cuidados para sua administração. A enfermeira deve sempre certificar-se da data de validade e das orientações do fabricante a respeito da reconstituição e armazenamento.

• Assegure-se sempre que os pais ou responsável pela criança esteja esclarecido sobre os benefícios e riscos da vacina e tenham autorizado sua administração.

• Siga o calendário vacinal recomendado pelo Ministério da Saúde para sua região.

• **Evite falsas contra-indicações:** Não constituem contra-indicações à vacinação: tosse febre, coriza,

rinite, diarréia leve ou moderada, pneumonia, doenças de pele (impetigo, escabiose, etc.), desnutrição; aplicação de vacina contra raiva em andamento; doença neurológica estável (síndrome convulsiva controlada, por exemplo) ou pregressa com seqüela grave; antecedente familiar de convulsão; doenças crônicas do coração, pulmões, rins e fígado; tratamento de corticosteróide em doses não elevadas durante curto período de tempo (inferior a duas semanas), ou tratamento prolongado com doses baixas ou moderadas em dias alternados; alergias (exceto as relacionadas com determinadas vacinas); prematuridade ou baixo peso; internação hospitalar. Deve-se ressaltar que história e/ou diagnóstico clínico pregressos de coqueluche, difteria, sarampo, tétano e tuberculose não constituem contra-indicações ao uso das respectivas vacinas.

Observe as contra-indicações³:

- Não aplicar vacina que contenha bactéria ou vírus vivo atenuados em criança com câncer, imunodepressão congênita ou adquirida, ou que esteja sob tratamento com imunodepressores. Crianças HIV positivas podem receber todas as vacinas recomendadas pelo calendário vacinal e crianças com Aids não devem receber somente a vacina BCG.

- Alergia grave, anafilática, a um componente da vacina ou desencadeada por dose anterior da mesma.

- Não dar DPT a uma criança com doença neurológica ativa do SNC e nos casos em que tenha apresentado, após a aplicação da dose anterior, uma das seguintes situações: convulsões ou choque nas primeiras 72 horas; encefalopatia nos primeiros 7 dias; síndrome hipotônico-hiporresponsiva ou choro prolongado e incontrolável nas primeiras 48 horas. Após avaliação clínica neurológica de cada caso, pode ser recomendado o uso de vacina dupla infantil (DT) ou a DPT acelular.

• Observe os adiamentos:

Deve ser adiada a aplicação de qualquer tipo de vacina em crianças com doenças agudas febris graves, principalmente para que seus sintomas e sinais, assim como possíveis complicações, não sejam atribuídos à vacina administrada.

• A regra seguinte é muito útil para outras situações não descritas aqui: **não está contra-indicado vacinar uma criança doente que esteja bem para ir para sua casa.**

• Quando forem aplicadas várias vacinas no mesmo dia, a ordem das injeções é aleatória. Deve-se ter cuidado especial com as recomendações acerca da via e região a ser aplicada a vacina e seguir a técnica rigorosamente. Nunca aplicar uma injeção se a criança estiver dormindo. Acordá-la, conversando calmamente, explicando o que irá fazer, mesmo que seja um bebê pequeno. Ela pode não entender o significado das palavras, mas sim o tom de voz e não será pega de surpresa.

• Registrar no relatório vacinal: dia, mês e ano da administração; fabricante e número do lote da vacina; nome e registro profissional da pessoa que aplicou a vacina. Seria também conveniente o registro do local e da via de administração, bem como das orientações que foram feitas à mãe ou cuidador.

8. Ações de promoção na situação de doença da criança

Um ponto fundamental da estratégia AIDPI é que a sistematização do atendimento prevê a realização de ações de promoção em todos os contatos do trabalhador de saúde com a criança. Assim, caso ela esteja doente, mas não com uma doença muito grave, ela será avaliada quanto ao crescimento, desenvolvimento, alimentação e estado vacinal e deverão ser feitas as intervenções necessárias, segundo essa avaliação. As ações de prevenção e promoção somente serão postergadas em caso de haver sido identificada uma doença muito grave, que demande um atendimento imediato em hospital ou centro especializado.

Os textos que tratam da assistência de enfermagem à criança quando portadora dos agravos mais comuns - diarréia aguda e desidratação, agravos respiratórios e desnutrição protéico-calórica – abordaram ações específicas para cada uma dessas situações.

A enfermeira deve avaliar, em cada atendimento, a prioridade das intervenções, e a possibilidade da mãe/cuidador para segui-las. Com relação à comunicação com a mãe selecione uma quantidade adequada de orientações para que ela compreenda a doença de seu filho, por que ele ficou doente e como pode ser atendido e tratado. Segundo a estratégia, a lógica da priorização para atender a grande maioria das crianças no serviço de saúde é:

Independentemente do motivo do atendimento, deve-se priorizar sempre as orientações sobre os sinais de perigo.

A seguir:

1. Responder o problema de saúde identificado: medicamentos necessários e apropriados para o tratamento da criança, líquidos e soro de reidratação oral para o tratamento da diarréia e quando retornar de imediato

2. Necessidades nos fatores protetores: amamentação e alimentação, vacinação, afeto-amor

3. Outras recomendações: tratamentos adicionais para o cuidado da criança, como medicamentos para suavizar a garganta e acalmar a tosse, além de informações sobre consultas de acompanhamento do CD.

Assim, se a enfermeira identificar a necessidade de vacinar a criança e tiver a vacina disponível, deverá fazê-lo no mesmo atendimento (a menos que haja uma contra-indicação específica para isso).

Para estimular o fortalecimento das famílias

Ao lado de todas as intervenções descritas, a enfermeira pode dispor de informações sistematizadas sobre determinantes da saúde, para divulgação e reflexão individuais ou grupais, sobre estilos de vida, meio-ambiente, direitos à saúde, organização e acesso aos serviços de saúde, sempre visando a maior instrumentalização das famílias para que se engajem na luta pelos seus direitos. (ver capítulo sobre A saúde da família em situação de exclusão social).

Ao final da leitura deste capítulo, a(o) enfermeira(o) deverá estar apta(o) a:

• Planejar e realizar ações de promoção à saúde infantil, intervindo junto à criança e à família, bem como em instituições onde se realiza cuidado de crianças, como creches e pré-escolas.

BIBLIOGRAFIA

BARNARD, K.E.; ERIKSON, M.L. Como educar crianças com problemas de desenvolvimento. Cap. 6: Avaliação do desenvolvimento e funcionamento da criança. Porto Alegre, Globo, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de assistência à saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Brasília, 1986.

SIGAUD, CH. de S.; VERÍSSIMO, M de La Ó R. Enfermagem pediátrica: o cuidado de enfermagem à criança e ao adolescente. Cap-6: crescimento, desenvolvimento e necessidades infantis e cap.13: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. São Paulo, EPU, 1996.

FUNDAÇÃO



Saúde da Criança

SAÚDE DO ADULTO E DO IDOSO

Alguns Aspectos do Tratamento de Feridas no Domicílio¹

Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos²

Introdução

Em fins do século XX e transição para o 3º milênio, muito se tem enfocado acerca do cuidado avançado em saúde, estando, certamente, entre as áreas por ele abrangidas, o cuidado em feridas, desde os seus aspectos preventivos até os terapêuticos.

O profundo desenvolvimento na área celular, nas três últimas décadas, tem levado os profissionais de saúde que atuam na prevenção e tratamento de feridas a uma revisão dos conceitos e procedimentos tradicionais, muitos dos quais empregados desde a Antigüidade e, acima de tudo, ao reconhecimento de que a lesão é apenas um aspecto de um todo holístico, que é o ser humano. Esse motivo exige atuação interdisciplinar, através de intervenções integradas e sistematizadas, fundamentadas em um processo de tomada de decisão, que almejam, como resultado final, a restauração tissular com o melhor resultado estético e funcional. Para tanto, é fundamental que sempre tenhamos em mente que cada paciente e cada ferida são únicos.

O presente capítulo tem como objetivos rever alguns aspectos sobre as feridas, desde os conceituais àqueles do tratamento, considerados básicos para as intervenções no domicílio.

Conceito e classificação de feridas

Existem inúmeros conceitos, definições e formas de classificação de feridas. De um ponto de vista mais genérico, as feridas podem ser definidas como rupturas das estruturas anatômica e funcional normais do corpo. Para outros autores, elas são resultantes de um dano para o tegumento ou estruturas inferiores, que pode ou não resultar em perda da integridade, mas que leva ao comprometimento de função fisiológica tissular.

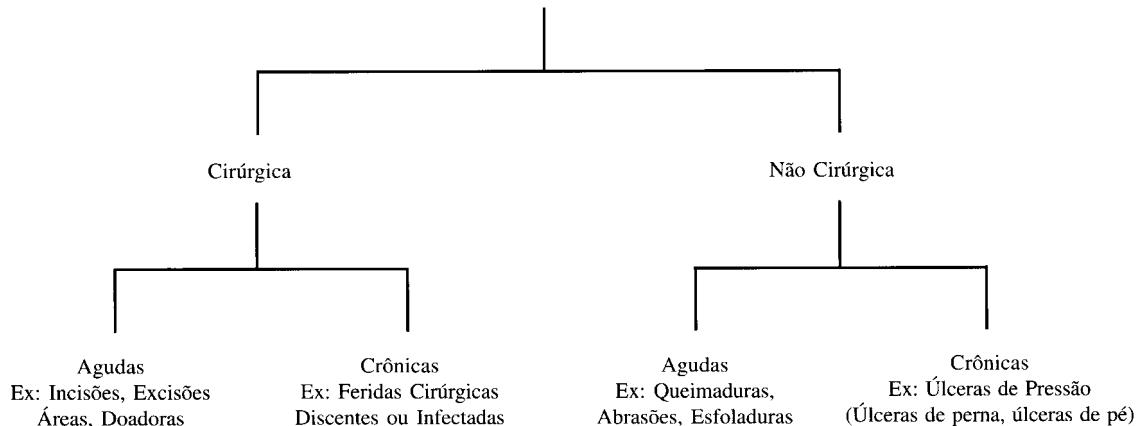
Quanto à classificação das feridas, embora bastante variável, constitui importante forma de sistematização necessária para o processo de avaliação

e registro. Assim, o tempo de reparação tissular pode ser um dos tipos de classificação e consiste em *agudas* e *crônicas*. As feridas agudas são oriundas de cirurgias ou traumas, cuja reparação ocorre em tempo adequado e seqüência ordenada, sem complicações, levando à restauração da integridade anatômica e funcional; as crônicas, contrariamente, são aquelas que não são reparadas em tempo esperado e apresentam complicações. Outra forma de classificação refere-se à *extensão do dano tissular*, onde há a descrição anatômica e definição da profundidade das paredes tissulares envolvidas; engloba a ferida superficial, erosão ou destruição, limitada à superfície epidérmica (ex: bolha); a ferida com perda parcial de tecido ou de espessura parcial ou de densidade parcial, restrita à epiderme e porção superior da derme (ex: área doadora para enxertia; úlcera de pressão estágio II); perda total de tecido ou espessura total ou densidade total, em que há perda ou destruição de epiderme, derme e subcutâneo, podendo invadir ainda músculos, tendões e ossos (ex: úlcera de pressão estágio III ou IV). Este tem sido bastante empregado atualmente.

Além dessas, há ainda as chamadas respostas primárias e secundárias da pele a diversos estímulos agressivos, que constituem, na realidade, as causas básicas das lesões, quais sejam: fatores mecânicos, químicos, vasculares, infecciosos, alérgicos, térmicos, radiativos e outros. Cada tipo de estímulo origina uma única reação característica na pele, como: eritema, mácula, pápula, vesícula, erosão ou úlcera. As reações primárias podem evoluir para as secundárias, isto é, das respostas sem ruptura para aquelas com ruptura de integridade da pele, respectivamente.

Krasner e Van Rijswijk propõem um algoritmo para classificação de feridas que envolvem duas grandes categorias: a primeira relaciona-se às causas de lesão, cirúrgicas e não-cirúrgicas, enquanto a segunda, ao tempo de reparação, **agudas e crônicas**. Ao associá-las, inclui os aspectos de profundidade e perda tissular.

Classificação de Ferida



Classificação por Profundidade (Independente da Etiologia)

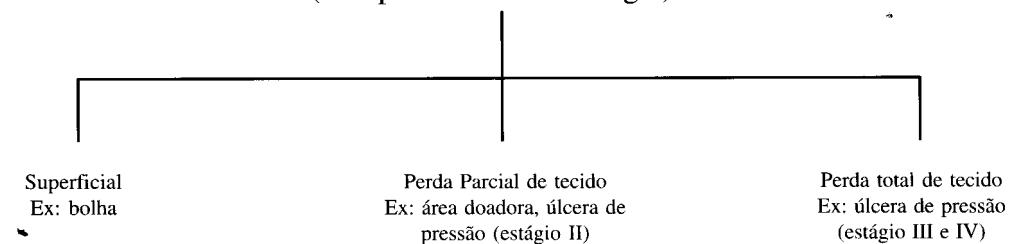


Figura 1: Algoritmo para classificação de feridas.

(Fonte: Van Rijswijk, L. Wound assessment and documentation; In: Krasner, D; Kane, D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 2ed, Health Management Publications, Wayne, Cap.4, p.18, 1997b).

Processo de reparação tissular

Este processo constitui importante instrumento de sobrevivência dos organismos vivos e é influenciado pelas características e condições do hospedeiro, do ambiente e dos profissionais de saúde.

Assim, somente a avaliação global, sistematizada e interdisciplinar do indivíduo permite a detecção de fatores locais e/ou sistêmicos, que influenciam tanto no potencial para o desenvolvimento de lesões e, portanto, a ruptura da integridade cutânea, como na manutenção daquelas preexistentes, manifestando-se através do retardado na cicatrização

ou desenvolvimento de complicações ou respostas bioquímicas anormais ou inadequadas. Dentre os fatores locais, salientam-se os mecânicos (pressão, fricção e cisalhamento), a presença de corpos estranhos e tecido necrótico, as características da pele e o tratamento local empregado. Do ponto de vista sistêmico, podem ser citados: a idade, o estado nutricional, incluindo a obesidade, as condições vasculares do indivíduo, a terapia sistêmica utilizada, outras condições coexistentes agudas ou crônicas como: a infecção, o diabetes, a hipertensão arterial, a insuficiência renal, a imunossupressão; o fumo e o estado psico-emocional.

A reparação dos tecidos envolve a regeneração e a cicatrização.

a) Regeneração

As lesões superficiais e de perda parcial de espessura recompõem-se através da regeneração epidérmica e dérmica (quando esta estiver comprometida).

O trauma inicial gera uma resposta inflamatória aguda, manifesta através de edema e formação de exsudato seroso, rico em leucócitos, que cessa em menos de 24 horas. As células começam a proliferar e migrar no leito da ferida, ocluindo rapidamente sua superfície. Uma vez completa essa primeira cobertura inicia-se a migração das células para cima, restabelecendo-se estrutura e função. A reepitelização em feridas expostas ocorre em 6 a 7 dias, enquanto em feridas mantidas úmidas, ela é mais rápida, totalizando 4 dias.

A reparação dérmica, quando necessária, desenvolve-se paralelamente à reepitelização. Ocorre através da formação de novos vasos e proliferação de fibroblastos (7º dia após trauma), os quais passam, então, a produzir o colágeno até cerca do 15º dia após o trauma, contraindo-se, gradativamente, a seguir. Similarmente à epitelização, a umidade é capaz de antecipar em 3 dias o reparo tissular.

b) Cicatrização

O processo de cicatrização consiste de uma “cascata” de complexos eventos, celulares e bioquímicos, mediados por diversos fatores com ação inibitória ou estimuladora. Estas respostas podem ser divididas, didaticamente, em 3 fases: inflamatória (ou defensiva ou reativa), proliferativa (ou fibroblástica ou de reconstrução) e de maturação (ou remodelagem).

Fase inflamatória: Engloba dois processos básicos, a hemostasia e a inflamação propriamente dita, objetivando o controle do sangramento e a limpeza da ferida. Ocorre em 3 a 6 dias e, clinicamente, se manifesta como sangramento controlado através da formação de coágulo, seguida das características típicas das reações inflamatórias, isto é, edema, eritema, calor e dor.

Fase proliferativa: Sobrepondo a fase inflamatória sobrevem a etapa proliferativa de grande atividade, que visa o preenchimento da ferida com

tecido conectivo e a cobertura epitelial (2 a 24 dias). Para tanto, abrangem dois processos: a granulação e a contração da ferida. Do ponto de vista clínico, inicialmente observa-se um tecido vermelho brilhante, elevado e de aparência grosseira, que é gradativamente recoberto por um tecido fino e translúcido.

A formação do *tecido de granulação* engloba dois processos simultâneos e co-dependentes: neoangiogênese (ou formação de novos vasos, o que dá a coloração vermelho vivo e brilhante) e síntese de colágeno (que se forma a partir dos fibroblastos que migram da periferia da lesão e se depositam sobre a rede vascular neoformada).

Em feridas abertas, a economia do organismo impõe limites para o preenchimento do defeito, utilizando para isto o mecanismo da *contração da ferida*, que reduz o tempo de cicatrização, podendo ser responsável por até 80% do fechamento da ferida

O último componente da fase proliferativa é a *epitelização*, que pode ser concomitante à síntese de colágeno em feridas com mínima perda e bordas aproximadas (feridas cirúrgicas). Consiste na migração de queratinócitos das bordas para o centro da ferida. Como há um limite para o fechamento, em feridas com diâmetro acima de 3cm, a enxertia deve ser considerada.

Fase de maturação: A última fase do processo de cicatrização é a maturação ou remodelagem, que se inicia, aproximadamente, na 3ª semana após a lesão, podendo prosseguir até 2 ou mais anos. Sua principal finalidade é aumentar a força tênsil (resistência) da ferida recoberta. Clinicamente, observa-se no início uma cicatriz mais rosada e alargada, que se torna, gradativamente, mais pálida, endurecida e com aspecto fibrótico. Eventualmente, a cicatriz madura é hiperpigmentada. A maturação corresponde, basicamente, à conversão do colágeno inicialmente produzido por um tipo de melhor qualidade. A produção excessiva de colágeno gera uma cicatriz hipertrófica, enquanto a destruição excessiva, uma força tênsil menor.

A força tênsil é a mais importante propriedade clínica esperada como resultado funcional da cicatrização. De modo geral, nas lesões por fechamento primário (ex:cirúrgicas), esse período varia de 20 a 30 dias. Não se pode esquecer, no entanto, que a cicatriz, nas primeiras semanas, apresenta somente 10% da força tênsil normal, sendo, portanto, bastante frágil e sensível ao trauma por fricção ou pressão. Embora aumente efetivamente a

partir da 4^a e 5^a semanas, a cicatriz final atinge somente 70% a 90% da força tênsil original, caracterizando sempre um tecido menos resistente, comparativamente ao tegumento intacto.

Tratamento de feridas

Historicamente, até a década de 60, os pacientes portadores de feridas agudas ou crônicas, eram tratados por métodos não científicos. Embora reconhecendo-se a importância das condições globais do indivíduo para a restauração tissular, sempre houve verdadeira desconexão entre essas considerações e o tratamento tópico ou local. Para este, as verdades relacionavam-se ao uso de diversos agentes desinfetantes e anti-sépticos num processo de limpeza agressivo para a eliminação dos elementos não-viáveis e estranhos à lesão, de secagem da ferida após a limpeza e cobertura com gaze seca, para absorção de eventual exsudato, ou de sua manutenção de forma descoberta, para que a ferida pudesse “respirar” e, então, cicatrizar.

O clássico trabalho de George D. Winter, publicado em 1962, revolucionou os conceitos tradicionais e empíricos no tratamento de feridas ao demonstrar que feridas de porcos com perda parcial de tecido, cobertas com filme de polietileno, evitavam a formação de crosta e mantinham o leito úmido epitelizando quase duas vezes mais rapidamente do que aquelas mantidas em exposição ao ar, ou seja, secas.

“... a cicatrização úmida não é uma idéia nova nem uma nova aplicação de uma velha idéia. É uma velha idéia que necessita de reaplicação após reavaliação crítica ...” (Field; Kerstein, 1994)

Os efeitos da manutenção do ambiente úmido sobre a cicatrização têm sido muito bem estudados, principalmente em feridas agudas. O aumento das taxas de epitelização, o maior estímulo à formação do colágeno e do tecido de granulação, a retenção do exsudato da ferida com todos os seus componentes fundamentais para a restauração e a redução da dor são apenas alguns desses benefícios, completamente compreensíveis ao se retomar o processo fisiológico da cicatrização.

O tratamento ou a atualmente denominada *terapia tópica da lesão* tem dois componentes fundamentais: a *limpeza* (que inclui o desbridamento) e a *cobertura*.

Embora muito venha sendo publicado acerca dos processos de limpeza de feridas, referentes às técnicas

e soluções empregadas, suas vantagens e desvantagens, os dados ainda são inconclusivos e controversos.

Limpeza da ferida

Conceitualmente, é o processo que envolve o uso de soluções para a remoção de contaminantes inflamatórios e bacterianos, tecidos desvitalizados e corpos estranhos da superfície da ferida, viabilizando a cicatrização. Ela deve **sempre** evitar o trauma mecânico e/ou químico da ferida. Quando os métodos de limpeza empregados mostrarem-se infrutíferos no alcance dos seus objetivos, avalie a necessidade de alternativas mais agressivas que constituirão o desbridamento. Assim, a limpeza está indicada quando houver infecção, exsudato excessivo, presença de corpos estranhos e restos de tecidos.

Quanto às técnicas de limpeza, podem ser o *esfregaço*, a *hidroterapia* e a *irrigação*. Enquanto o *esfregaço* (esfregar a lesão) é, atualmente, uma técnica bastante controvérsia, pela agressão que gera no tecido principalmente de granulação, a *hidroterapia* tem sido uma técnica bastante usada, especialmente para queimaduras e lesões crônicas, onde o exsudato é espesso e há tecido necrótico. Quanto à *irrigação*, recentemente, tem sido a técnica mais bem aceita pela sua capacidade em remover partículas e outros contaminantes, inclusive bactérias, sem gerar dano ao delicado tecido de granulação. Diversos estudos vêm sendo desenvolvidos com o intuito de estabelecer a pressão de irrigação necessária para a limpeza e que preserve os novos tecidos. Embora a pressão ideal possa ser obtida com seringa de 35ml adaptada à agulha de calibre 19 Gauge, existem diversas outras formas de se proceder à irrigação da ferida, como jatos com seringas de 20ml e agulhas mais grossas (40x12) ou frascos plásticos de soro perfurados, sendo fundamental que o profissional que utilizar ou orientar o procedimento no domicílio certifique-se da pressão exercida conforme o sistema escolhido, evitando comprometer o tecido em formação.

O uso de soluções, presente na definição do processo de limpeza, constitui outra grande polêmica no campo do tratamento tópico de feridas. A falta de pesquisas definitivas acerca do tema permite estabelecer apenas algumas recomendações. A maioria dos autores tem apontado a utilização de **solução fisiológica ou água limpa** como ideal, por se tratar de substâncias neutras quanto à

biotoxicidade. Além disso, as substâncias empregadas na limpeza de pele íntegra como adstringentes ou anti-sépticos nunca deveriam ser indicadas para as feridas, principalmente quando há tecido de granulação.

Quanto aos *anti-sépticos*, desde o seu advento, sempre representaram verdadeira panacéia no manuseio de feridas, limpas ou infectadas. Contudo, atualmente têm sido contra-indicados por vários autores, por serem tóxicos para leucócitos, fibroblastos e outras células e substâncias que participam do processo de cicatrização, contribuindo para o seu retardamento e para o maior dano tecidual. Além disso, não consistem no mecanismo mais eficiente de reduzir a contagem bacteriana nas lesões.

Em presença de infecção, mais uma vez é bastante controversa a indicação e uso dos *antibióticos tópicos*, principalmente por poderem levar ao desenvolvimento de resistência bacteriana. Por outro lado, não nos esqueçamos que, de qualquer maneira, sua indicação é médica.

Cobertura da ferida

A terapia tópica de feridas envolve, além de limpeza e desbridamento, a oclusão com os chamados “curativos” e/ou coberturas. A cobertura da lesão constitui um aspecto fundamental no tratamento de feridas, desde que alcance o seu objetivo maior, qual seja, favorecer um microambiente ótimo para a restauração dos tecidos. *Manter a umidade e o isolamento térmico, proteger a ferida contra o trauma e a penetração bacteriana exógena, proteger a pele peri-lesão, promover o conforto do paciente através do controle de odor, redução da dor e contenção da drenagem* são atividades abrangidas pela oclusão rumo à cicatrização.

Ao longo da história, inúmeros materiais de origens animal, vegetal e mineral vêm sendo empregados para “curar”, manusear e tratar feridas. Na década de 60, o trabalho de Winter (1962) marcou o início da proliferação de materiais para coberturas, que evoluíram das “gazes sofisticadas” (pela diversificação de tramas, pureza do tecido e pela impregnação com diferentes produtos emolientes ou anti-sépticos) aos chamados “curativos inteligentes”. Assim, nos anos 70 surgem os retentores de umidade, como os filmes transparentes e hidrocolóides e, a partir de 1980, ampliam-se as alternativas com o surgimento dos alginatos. Atualmente, encontram-

se em pleno desenvolvimento os curativos biológicos e biossintéticos, que incluem o colágeno, os fatores de crescimento, as culturas de fibroblastos e os queratinócitos, dentre outros.

As coberturas podem ser distribuídas e denominadas, evolutivamente, conforme a interação com o microambiente da ferida e participação no processo de cicatrização. Assim, as *passivas* são aquelas que simplesmente ocluem e protegem a lesão, não sendo valorizadas nem sua atuação nem as demandas específicas da ferida (ex: gazes). As *interativas*, por sua vez, participam do controle ambiental da lesão, favorecendo a restauração tissular (ex: filmes, espumas) e as *bioativas* estimulam diretamente substâncias ou reações na cascata de cicatrização (ex: fatores de crescimento). Vale ressaltar que, *embora existam características que definem um bom material, não há o curativo ou cobertura ideal para todas as feridas e para a mesma ferida nas diversas etapas do processo de reconstrução tissular, exigindo-se avaliação adequada do paciente e da ferida por profissional especialista*.

A complexidade dos materiais atualmente disponíveis leva à sua equiparação com as “drogas” que, da mesma forma, possuem ações, indicações, contra-indicações e efeitos colaterais que precisam ser conhecidos e reconhecidos, para então comporem algoritmos e planos de intervenções.

A diversidade e a constante emergência de produtos na área do tratamento e mesmo prevenção de feridas levaram Turner a estabelecer, em 1979, algumas características do curativo ou cobertura ideal, desde que, evidentemente, adequado às condições do paciente e da ferida, e que são vigentes até hoje. São elas:

- remover excesso de exsudato e componentes tóxicos;
- manter umidade elevada na interface ferida/curativo;
- permitir trocas gasosas;
- promover isolamento térmico;
- proporcionar proteção contra infecção secundária;
- ser livre de contaminantes;
- permitir remoção não traumática.

Além desses, outros aspectos devem ser considerados como: capacidade em favorecer a autólise (o processo de limpeza do próprio organismo), preenchimento de espaços e proteção

contra o trauma, a disponibilidade, a variedade de tamanhos, resistência à manipulação e umidade, conformação e flexibilidade, possibilidade de esterilização, facilidade de manuseio e custo-efetividade.

Existem diversas classificações propostas para curativos e coberturas, relacionadas, principalmente, aos componentes e propriedades dos produtos.

a) *Gazes*

Existente desde o século passado, a gaze pertence ao grupo dos curativos passivos e absorventes. É largamente utilizada e tem como características absorver moderadamente líquidos, por capilaridade, remover tecido necrótico superficial (quando usada úmida-seca), preencher espaços mortos e poder ser usada como curativo secundário (isto é, aplicado sobre aquele que entra em contato direto com o leito da ferida, denominado primário). Atualmente, há diferentes tipos de gazes com modificações tanto na sua confecção (camadas com funções diferenciadas, “não tecido”), como na adição de substâncias anti-aderentes (parafina e vaselina) e anti-sépticas (clorexedine, povidona iodo e outros).

Quando utilizadas umedecidas, as coberturas com gazes podem favorecer a cicatrização com resultados equiparáveis a outros materiais. Contudo, é extremamente difícil esta manutenção, devendo-se reavaliar o custo-benefício. Por outro lado, não gera barreira bacteriana e pode acarretar remoção de tecido de granulação durante sua retirada. Todos esses aspectos podem limitar seu emprego, apesar de sua disponibilidade e custo baixo imediato.

b) *Curativos desodorantes*

Desenvolvidos como curativos primários, consistem de carvão ativado, selado dentro de um invólucro de tecido não-poroso feito de fibras de náilon. Com alto poder absorvente de gases, é indicado para feridas infectadas e carcinomas fungóides, que freqüentemente, produzem mau odor. A incorporação de íons de Prata amplia os efeitos desejados à medida que promove a inativação das bactérias aderidas ao tecido de carvão, contribuindo para a redução da contagem bacteriana e, consequentemente, o odor. É importante que o curativo cubra totalmente a área desejada e seja trocado assim que atingir o ponto de saturação. Tem como desvantagem a necessidade de

cobertura secundária e não deve ter sua integridade rompida, com o risco de dispersão das partículas de carbono no leito da ferida, que atuarão como corpos estranhos e tóxicos.

c) *Curativos poliméricos*

Os *filmes poliméricos* ou transparentes são formados por diversos materiais sintéticos, como o poliuretano. Além de adesivos, são também coesivos, ou seja, não aderem à superfície úmida da ferida, evitando o trauma, durante sua retirada. Têm ainda propriedades de flexibilidade, conformação e resistência ao atrito e fricção. São impermeáveis à água e bactérias e permeáveis aos gases, contribuindo para a manutenção de condições adequadas para a atividade celular. São indicados para a cobertura de feridas superficiais e com perda parcial de tecido, como abrasões, úlceras de pressão em estágios I e II, áreas doadoras e queimaduras, desde que **não muito exsudativas** e, profilaticamente, em áreas de risco para o desenvolvimento de úlceras de pressão (erroneamente denominadas úlceras de decúbito ou escaras). São ainda utilizados para a fixação de cateteres, cânulas, tubos e drenos e como curativos secundários.

As *espumas poliméricas* são produzidas a partir de ar introduzido sob pressão em materiais poliméricos e compostos basicamente de superfície interna hidrofílica (que absorve água), que entra em contato com a ferida, e externa hidrofóbica (impermeável). Podem se apresentar como placas ou esponjas intracavitárias (para preenchimento de feridas com cavidades). As espumas, em geral, são não-aderentes e, portanto, não-traumáticas durante a remoção. Dependente de sua composição, podem ter capacidade absorvente para feridas de baixa a alta exsudação, acarretando isolamento térmico do leito da ferida e manutenção da umidade, estando indicadas, então, para feridas de perdas parcial e total de tecido com os diversos níveis de exsudação, incluindo aquelas mais profundas.

Os *hidrogéis*, também denominados géis polímeros de água, contêm de 78% a 96% de água. São produtos únicos na prática clínica, não só pela capacidade de absorção do excesso de exsudato da ferida úmida como, principalmente, pela sua ação como “doador” de fluido à ferida seca, contribuindo para sua hidratação e autólise (propriedades que variam conforme a composição do produto). Esta propriedade de doar líquido à ferida possibilita seu

emprego como carregador e liberador de substâncias nas lesões, como antibióticos e outros. Além dos efeitos mencionados, o hidrogel tem ainda marcante ação de alívio da dor, é fácil de manusear e remover, sem liberar partículas no leito da lesão e pode ser utilizado em presença de **infecção**. São, portanto, indicados em feridas com perdas parcial e total de tecidos, como áreas doadoras, cirurgias superficiais, úlceras crônicas e outros.

Os **alginatos** são polímeros fibrosos derivados do ácido algínico que, por sua vez, é obtido, principalmente, de algas marinhas da espécie *Laminaria*. Além de sua ação hemostática (pela qual são usados desde 1950), é considerado bioativo. São altamente absorventes (chegando a 20 vezes seu próprio peso) e promovem a autólise, possibilitando a remoção bacteriana. Os alginatos são indicados para feridas **altamente exsudativas**, devendo ser umedecidos com solução fisiológica quando em lesões com menor exsudação. Podem ser usados tanto para feridas rasas como profundas, sobretudo em função de sua apresentação em lâminas ou cordões e são **contra-indicados para feridas secas**. Recentemente, têm sido associados ao colágeno.

Os **hidrocolóides**, produtos atualmente considerados como bioativos, consistem de uma massa flexível com uma face interna composta de polímeros hidrofílicos, como a carboximetilcelulose, gelatina e pectina, e outra externa, constituída de espuma ou filme de poliuretano permeável ao vapor. Em contato com o exsudato da ferida, este é absorvido formando um gel que se expande paulatinamente em direção ao leito da lesão, aplicando firme pressão sobre sua base, especialmente em feridas mais profundas, estimulando a produção de tecido de granulação. Além disso, liquefazem o tecido necrótico e auxiliam na remoção dos componentes tóxicos provenientes da destruição celular e bacteriana, atuando na limpeza por autólise. Promovem, ainda, isolamento técnico da ferida. Têm diferentes apresentações, em placas, pastas ou pós, que facilitam o uso, tanto na aplicação como na remoção atraumática, bem como uma infinidade de indicações, profiláticas e terapêuticas, que vão desde as lesões em estágios mais iniciais (I e II) até mais avançados (III e IV), com pequenas e moderadas exsudações. Estão contra-indicados em feridas infectadas e naquelas com exposição de tendões ou ossos. Recente desenvolvimento associou o hidrocolóide ao alginato de cálcio, ampliando sua

indicação para feridas mais profundas e exsudativas. Além deste, o hidrocolóide fino melhorou não só a conformabilidade como a transparência, permitindo observação da ferida sem a necessidade de remoção do curativo.

d) Curativos bioativos

Caracterizam-se pela liberação ou estímulo da liberação de produtos ativos na cascata de cicatrização. Dentre as mais importantes e atuais substâncias bioativas, que compõem o centro das pesquisas no tratamento de feridas, estão os *fatores de crescimento*, ainda bastante caros e praticamente indisponíveis em nosso meio.

e) Outras alternativas

Além de toda essa gama de produtos descritos anteriormente, muitos dos quais ainda em fase experimental, principalmente os compostos (onde se associam dois ou mais materiais) e os fatores de crescimento existem diversas alternativas específicas ou não no tratamento tópico de feridas. Podem assim ser mencionados o laser, a eletroestimulação, a terapia hiperbárica, a pressão negativa, as culturas celulares e a pele sintética, todas ainda em desenvolvimento no País.

No Brasil, poderíamos citar três produtos bastante baratos em termos de custo isolado, acessíveis e muito empregados na atualidade e que, por esse motivo, merecem ser aqui mencionados: açúcar, papaína e ácidos graxos essenciais (AGE).

Embora desde a Antigüidade haja relato do uso de *mel* e *própolis* para o tratamento de feridas, somente em 1936 surgiram as primeiras publicações acerca do uso do *açúcar*. No Brasil, diversos estudos têm mostrado resultados controversos quanto à eficácia do açúcar no tratamento de lesões. A maioria desses trabalhos fala da experiência pessoal ou de estudos *in vitro* e com métodos duvidosos. Apesar de Prata et al. (1988), em trabalho experimental e comparativo com ratos, terem concluído que o açúcar foi capaz de estimular o processo de reparação cicatricial, Haddad (1994), em estudo *in vitro* e *in vivo*, junto a pacientes com incisões cirúrgicas infectadas, mostrou que o açúcar cristal não influenciou no processo de cicatrização dessas lesões e que a sua ação sofreu influência do tempo de exposição dos microorganismos ao produto, da concentração do açúcar sobre as bactérias e do estágio de desenvolvimento em que esses microorganismos

se encontravam.

Quanto à *papaína*, autoras importantes em nosso meio, como Monetta e Rogenski, têm publicado experiências pessoais que apontam para resultados bastante positivos e promissores com a sua utilização. A papaína é um complexo enzimático contido no látex do vegetal *Carica papaya*, formado por enzimas proteolíticas e peroxidases, utilizada nas indústrias têxtil, de alimentos, borracha, laboratórios e na área médica. Nesta, têm sido apontados seus efeitos desbridante, antiinflamatório e bactericida, que acarretam maior velocidade da restauração tissular, com a formação de tecido cicatricial estética e funcionalmente adequados. Estudo retrospectivo recente de Monetta (1998) junto a 118 pacientes portadores de úlceras diabéticas, venosas e de pressão em que se utilizou papaína a 2% e 10%, constatou modificações positivas nas características das úlceras ao longo de 28 dias de seguimento, com remoção de necrose e da exsudação purulenta, diminuição do processo inflamatório, desenvolvimento do tecido de granulação e redução da dor durante e entre os curativos. Cumpre ressaltar que, ainda que estes estudos apontem a papaína como alternativa no campo do tratamento de lesões, principalmente crônicas, a literatura necessita ser enriquecida com estudos que incluam outros indicadores como o custo-benefício.

No que concerne aos *ácidos graxos essenciais (AGE)*, no Brasil, Declair, desde 1994, tem descrito, em estudos comparativos ou não, resultados positivos tanto no tratamento de feridas de diferentes causas como na prevenção de úlceras de pressão, mostrando, respectivamente, aceleração do processo de cicatrização e melhoria nos aspectos de hidratação e elasticidade da pele.

Considerações finais

Na área do “cuidar de feridas”, a todo o momento surgem novos produtos, protocolos, novas tecnologias e diretrizes. É imprescindível, portanto, mudar conceitos e comportamentos. Os caminhos são inúmeros e interdependentes. Não basta, nem se deve trabalhar sozinho.

Para concluir, alguns dos “paradigmas” citados no decorrer deste capítulo como norteadores do processo de tomada de decisões no âmbito da prevenção e cuidado de feridas agudas e crônicas:

- a reparação tissular é um complexo de eventos biomoleculares que dependem da interação entre

fatores microambientais do leito da ferida e sistêmicos do hospedeiro, além de exógenos (ambientais e “profissionais”);

- a terapia tópica constitui um dos aspectos do tratamento de feridas;
- a seleção da terapia local depende da avaliação holística e sistematizada do indivíduo;
- não existe um único produto que atenda às necessidades globais de todas as feridas em todos os estágios da reparação tissular;
- o “curativo” deve ser encarado como uma droga, com seus efeitos desejáveis e não desejáveis
- “não se deve fazer ou colocar na ferida aquilo que não se faria ou colocaria nos próprios olhos” (Peacock);
- o processo de cuidar de pacientes com feridas agudas ou crônicas é muito mais amplo, científico e interdisciplinar do que cuidar de feridas.

Assim sendo, mais do que nunca neste momento em que entramos em um milênio que certamente será marcado pela globalização do conhecimento, pela democratização do acesso aos serviços de saúde, pelo custo-benefício das ações, pela responsabilidade individual no alcance do bem-estar próprio e da coletividade e, fundamentalmente, pela busca da qualidade de vida, é essencial que os profissionais de saúde estejam sintonizados com esta “velha-nova” realidade que se apresenta, aperfeiçoando sempre mais sua ação e interação.

Ao terminar a leitura deste texto, a (o) enfermeira (o) deve ser capaz de:

- conceituar e apontar as principais classificações de feridas atualmente empregadas;
- descrever, sucintamente, os tipos de reparação tissular e as etapas do processo de cicatrização;
- conceituar os componentes da terapia tópica de feridas: limpeza, desbridamento e coberturas;
- apontar as principais técnicas e soluções empregadas no processo de limpeza de feridas;
- descrever os principais tipos de coberturas existentes em nosso meio, suas indicações e contraindicações;
- reconhecer a complexidade do papel do enfermeiro na determinação da terapia tópica de feridas, dentro de um trabalho em equipe interdisciplinar.

BIBLIOGRAFIA

SANTOS, V.L.C.G. Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: DUARTE, Y. A.O.; DIOGO, M.J.D.E. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. 1^a ed, Atheneu, pp.265-306, São Paulo, 2000.

DEALEY, C. Cuidando de feridas. Trad. Por Eliane Kanner. São Paulo, Atheneu, 1996.

BRYANT, R. A. Acute and chronic wounds: nursing management. 2^a ed., Saint Louis, Mosby Year Book, 2000.

KRASNER, D.; KANE, D. P. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 2^a ed., Wayne, Health Management, 1997.

Autonomia, Dependência e Incapacidades: Aplicabilidade dos Conceitos na Saúde do Adulto e do Idoso

Ana Cristina Mancussi e Faro¹

A finalidade deste texto é discorrer sobre os seguintes conceitos autonomia, dependência e independência, deficiência, incapacidade e desvantagem. No entanto, para compreendê-los melhor quanto à sua aplicabilidade na prática junto ao indivíduo, família e comunidade, alguns dados epidemiológicos serão abordados.

Os dados geradores de deficiências, incapacidades e desvantagem podem ser analisados sob dois aspectos. O primeiro deles refere-se à importância das causas externas: acidentes e violências, fontes geradoras de mortes e de vítimas com seqüelas muitas vezes irreversíveis. Podem-se citar os acidentes de trânsito, homicídios, afogamentos, quedas de altura, envenenamentos e suicídios, entre tantos outros, sem especificação de origem que ocasionam vítimas fatais ou seqüelas importantes.

Ainda, neste aspecto, há influências regionais (geográficas), sazonais e socioculturais atuando direta e indiretamente nas fontes geradoras de limites, seja a instalação de deficiências, incapacidades, bem como a perda da autonomia.

Vale citar que o Brasil é um país continental, de clima tropical, com muitos rios, lagos e costa litorânea expressiva, ocasionando acidentes com água. Também enquanto polo econômico na região sudeste, intensifica a migração, o movimento de emprego e desemprego, o choque cultural e a heterogeneidade, a violência urbana e a superpopulação.

Tais características desenham causas externas e mostram o ferimento por arma de fogo (FAF), acidentes de trânsito, quedas da construção civil, acidentes domésticos, outros acidentes de trabalho vitimando inúmeras pessoas, desestruturando famílias e onerando a todos da sociedade.

O segundo aspecto, que se refere aos dados geradores de deficiências e incapacidades, bem como desvantagem e sobretudo perda da autonomia, são as causas não-traumáticas e nesse particular estamos considerando o envelhecimento populacional com

maior e melhor expectativa e qualidade de vida, a tecnologia assistencial multi e interdisciplinar na atenção às doenças crônicas e degenerativas no controle e na prevenção das mesmas.

Considerando as consequências dos traumas e a importância do controle e da prevenção de violências e complicações, bem como dos estudos para o controle de doenças congênitas por parte da bioengenharia e genética, é necessário ampliar o conhecimento sobre seqüelas, para melhor avaliar e utilizar os termos corretamente.

Quanto ao envelhecimento populacional, cumpremos apenas reiterar que em breve o Brasil ocupará uma posição de destaque quanto ao número de pessoas idosas no País. Trata-se de uma explosão do número de pessoas idosas facilmente observável ao nosso redor, nas ruas e nos serviços de saúde.

No processo de envelhecimento aparecem as doenças crônicas caracterizadas, sobretudo pela hipertensão arterial, diabetes, doenças reumáticas, etc.

Autonomia, dependência e independência são conceitos que vêm sendo mais amplamente discutidos pelos profissionais da área de saúde que atuam junto à pessoa idosa, mas vale lembrar que a pessoa adulta também merece atenção pelos dados apresentados anteriormente.

O declínio funcional que ocorre ao longo da vida, particularmente após os 30-40 anos, é influenciado por vários fatores sejam físicos e/ou orgânicos, pela constituição genética individual, hábitos de vida, ambiente onde vive, condições educacionais e socioeconômicas e também pelas relações familiares.

Todavia, doenças, acidentes, deficiências e desemprego são intercorrências que podem deslocar a curva de declínio funcional de uma pessoa. Trata-se de considerar e analisar a pessoa a partir da sua realidade, da sua história de vida.

Ser adulto e envelhecer sem incapacidades, preservando a autonomia é fator indispensável para a manutenção da boa qualidade de vida. Ser adulto ou idoso incapacitado significa ser dependente, que

necessita de cuidados ou atenção de média a longa duração.

Autonomia é definida como capacidade de decisão, comando, independência pela capacidade de realizar algo com seus próprios meios. Autonomia refere-se, ainda, ao estado de ser capaz de estabelecer e seguir suas próprias regras, construir seu próprio caminho de vida.

Quanto à independência e dependência têm sido consideradas como estados e que a sua existência está relacionada a algo ou alguém, ou seja, dependente ou independente de “algo” ou de “alguém” para realizar determinada tarefa.

A independência é definida como o estado de quem ou do que tem liberdade ou autonomia, de quem se basta e recorre aos seus próprios meios.

Aparentemente, há um movimento entre os estados de dependência e independência, tendo como base de apoio a autonomia, proporcionando equilíbrio entre eles, sendo que a oposição que se estabelece entre os dois estados é circunstanciada pelos fatores e incidentes críticos (doenças, acidentes, etc.), conferindo aos conceitos de autonomia, dependência e independência um caráter situacional.

Uma pessoa pode apresentar independência financeira e intelectual, mas dependência física para algumas atividades.

Os estados de dependência e independência, em maior ou menor grau, estão presentes ao longo de todo o curso da vida, não sendo um atributo da pessoa com deficiência/doença ou incapacitada ou mesmo do idoso. A relação dependência-independência e sua aplicabilidade na prática assistencial de enfermagem está atrelada à autonomia das pessoas, ou seja, daquilo que se apreende e comprehende enquanto tomada de decisão.

A ligação entre a autonomia, dependência e independência traz implicações para a assistência de enfermagem, ou seja, cabe ao enfermeiro reconhecer quais as atividades básicas da vida diária de pessoas que estão afetadas, o quanto e como estão alteradas e se isto é progressivo, estável, permanente ou temporário. O enfermeiro precisa identificar a capacidade da pessoa em se adaptar ao seu meio, incluindo atividades variadas. Pode-se citar: o preparo de refeições, lavar a roupa, vestir e despir, fazer sua higiene corporal, alimentar-se, andar, tomar remédios e fazer compras, entre outras. Para cada atividade desta, o enfermeiro precisa explorar: se a pessoa sempre fez sozinha, mesmo antes do agravo ou da

doença ou da deficiência, o quanto e como ela consegue realizar, avaliar se em cada atividade básica da vida diária (ABVD) ela é independente, dependente e em quais momentos ela precisa de ajuda.

Quanto à ajuda necessária para realizar uma atividade, esta também precisa ser dimensionada pelo enfermeiro. As perguntas que o enfermeiro deve fazer são: Qual o tipo de ajuda que a pessoa necessita? De outra pessoa ou de algum equipamento? Até quando ela precisa de ajuda? É preciso compreender a ajuda como um “ajuste à situação”, compensar a incapacidade e avaliar com precisão a dependência da pessoa. Na prática, uma pessoa pode conseguir vestir-se, porém com dificuldades para calçar as meias e sapatos. A incapacidade está relacionada a qual atividade?

Atribuir o rótulo de pessoa dependente, incapacitada para elaborar sua refeição (por exemplo) na situação após um acidente vascular cerebral com hemiplegia ou uma pessoa com paraplegia, seria ingerência de avaliação e precipitação caso esta atividade não esteja situada na história de vida da pessoa e no contexto familiar, além da verificação da capacidade funcional desta pessoa. Pode ser que ele, fora deste contexto, nunca tenha precisado fazer a sua própria refeição.

Nada de fórmulas, tratados, mas sim de ter clareza quanto aos conceitos. São pistas que permitem ao enfermeiro preservar a sua própria autonomia enquanto profissional.

Ter autonomia e independência são metas na vida da maioria das pessoas, principalmente quando interrogadas quanto às suas expectativas no envelhecer. Na velhice ou em situações onde está posto um limite funcional, a independência para realizar atividades antes corriqueiras é de grande importância na vida das pessoas, pois envolve questões de natureza física, emocional e social.

Certamente, é preciso que o enfermeiro esteja atento para possíveis alterações na dinâmica da família, onde há uma pessoa dependente de algo e/ou de alguém.

Estas alterações na dinâmica familiar mostram as respostas daquela família à situação, onde papéis sociais e familiares são ajustados para buscar recursos de ordens financeira, emocional, social no sentido de compensar, a seu modo, a situação de dependência e da perda da autonomia.

As seqüelas físicas enquanto consequências, limites impostos seja por traumas ou violências, seja

por doenças crônicas e degenerativas, ainda precisam ser melhor discutidas e, para tanto, foi necessário universalizar a linguagem dos estudiosos e dos profissionais atuantes na área de saúde.

A partir de agora, serão utilizados os termos incapacidade e deficiência em substituição à seqüelas. Neste contexto a Organização Mundial de Saúde (OMS) elaborou e apresentou em 1989 a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (Handicap), a qual contempla o indivíduo em toda a sua plenitude. Isso significa que é preciso compreender e divulgar que não basta sobreviver, almejar a vida, mas sim a qualidade da vida que terá e com quem terá (família), reconhecendo os limites e as potencialidades.

A OMS acredita que em qualquer país em tempo de paz, 10% da população apresentam incapacidades e/ou deficiências e que estas pessoas estão em idade produtiva. A decorrência maior deste fato são os elevados custos com problemas de ordens física, psicológica, com leitos hospitalares quanto ao número e permanência, com reabilitação (recursos humanos especializados, infra-estrutura social) e, principalmente, gastos com as tentativas de reinserção da pessoa na sociedade.

Neste sentido, a classificação internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens é ampla e suficiente para atender as necessidades, como uniformização da linguagem, compreensão de termos e repercussão em várias áreas e profissões. Ainda não sanou e está a longo prazo o controle dos preconceitos, dos estereótipos e estigmas de sociedades que necessitam de maior preparo para absorver, viver, conviver com pessoas “diferentes” e idosas.

Vamos então esclarecer os conceitos à luz do que foi proposto pela OMS, em 1976, na sua IX Assembléia.

Em diferentes países a Classificação Internacional das Deficiências, Incapacidades e Desvantagens (CIDID) tem sido utilizada para se determinar a prevalência das incapacidades, tendo repercussões práticas nas áreas de seguro social, saúde ocupacional e concessão de benefícios. Em nível comunitário, em cuidados pessoais de saúde ou mesmo na avaliação em reabilitação. Propõe uma escala de deficiências com níveis de dependência.

Nesta Classificação encontram-se os seguintes conceitos:

- Deficiência: perda ou anormalidade de estrutura ou função psicológica, fisiológica ou anatômica, temporária ou permanente. São as anomalias, danos a órgão, tecido ou qualquer outra estrutura do corpo, inclusive das funções mentais, um distúrbio orgânico, a degeneração de um sistema, inexistência de partes do corpo, atrofia de membros.

- Incapacidade: é a restrição na execução de uma atividade, podendo ser consequente a uma deficiência. Surge como consequência direta ou é resposta do indivíduo a uma deficiência psicológica, física, sensorial ou outra. Relaciona-se ao desempenho da atividade e dos distúrbios nela presentes e comportamentos essenciais à vida diária.

- Desvantagem: refere-se ao desempenhar da função no grupo social onde a pessoa está inserida, ou seja, ao seu semelhante. É o prejuízo para o indivíduo, resultante de uma deficiência ou incapacidade que limita ou impede o desempenho de papéis conforme idade, sexo e fatores socioculturais. Representa a socialização da deficiência / incapacidade.

É preciso compreender que o encadeamento desses conceitos parece ter um caráter linear. No entanto, pode-se inferir que uma doença ocorra sem maiores complicações e que a incapacidade e a desvantagem podem ocorrer na ausência de uma doença. O contrário pode acontecer, ou melhor, outras situações como deficiência sem incapacidade e desvantagem; incapacidade sem desvantagem.

Muitas vezes também, em substituição ao termo incapacidade, profissionais valem-se dos termos limite funcional. A incapacidade é pontual, envolve o “como fazer uma atividade”. Já o limite funcional é descriptivo, ou seja, aponta os aspectos de uma função e da disfunção.

A incapacidade, é a restrição na execução de uma atividade. Portanto, a incapacidade pode ser compensada com o uso de artefatos ou adaptações, conforme o grau funcional da deficiência apresentada pela pessoa. O enfermeiro precisa compreender que independentemente da visibilidade da deficiência pode ou não ocorrer a incapacidade. Por exemplo, a falta de um dos dedos da mão pode ou não gerar uma incapacidade. Para tanto, é preciso conhecer a pessoa no seu ambiente e sua ocupação/profissão, entre outros aspectos para avaliar suas reais necessidades.

A CIDID tem sido pouco discutida no Brasil, mas vale esclarecer que esta Classificação não invalida a Classificação Internacional da Doenças (CID), elas

se complementam, a primeira para o detalhamento das consequências funcionais e a segunda para se precisar a etiologia (causa) da doença.

Mesmo com tanta polêmica quanto à utilização dos termos, bem como em nível dos conceitos, a CIDID traz um avanço com implicações sociais, pedagógicas e, principalmente, com expressão significativa em pesquisas aplicadas à prática assistencial.

Os conceitos apresentados neste texto estão atrelados uns aos outros; a visibilidade e aplicabilidade dos mesmos requerem reflexões por parte do enfermeiro, atuando junto às pessoas no seu ambiente, no domicílio, nas circunstâncias reais de cada um. Com isso, é possível reconhecer as adaptações que as pessoas fazem em casa frente aos limites impostos pela doença, deficiência e incapacidade. Muitas vezes, é esta a intervenção do enfermeiro, ou seja, avaliar e criar junto com a família as melhores condições ou acessar serviços e adaptações para a vida diária.

Espera-se que na saúde do adulto e do idoso haja um dimensionamento mais apurado, de modo a possibilitar ao enfermeiro compreender que envelhecer é um processo natural, fisiológico; que ter capacidade reduzida na execução de algumas atividades básicas pode colocar esta pessoa em desvantagem em uma avaliação negativa ou até pejorativa, questionando ou anulando a sua autonomia.

Cabe ao enfermeiro buscar, compartilhar com a pessoa que está sendo assistida por ele, as possibilidades de recuperação e prevenção de complicações. A incapacidade não é um rótulo, ela pode ser modulada e dentro de um dado espaço de tempo ser temporária ou definitiva, progressiva, estabilizada, regressiva ou compensada.

Entre os princípios para a assistência, pode-se destacar que é necessário visualizar o binômio indivíduo/família, incorporar parâmetros físicos-funcionais, emocionais e sociais, ter ênfase na intervenção compartilhada, reconhecendo os limites e as potencialidades, respeitando, por base, a autonomia da pessoa. Trata-se de um processo fundamentalmente educativo.

Após a leitura deste capítulo, o enfermeiro deverá ser capaz de discorrer sobre os conceitos de autonomia, dependência, independência, deficiência, incapacidade e desvantagem e discutir as suas implicações na assistência de enfermagem na saúde do adulto e do idoso.

BIBLIOGRAFIA

AMIRALIAN, M.L.T.M. et al. Conceituando deficiência. Rev. Saúde Pública, v.34, n.º1, pp.97-103, São Paulo, 2000.

DIOGO, M.J.D.E. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. Rev. latino-am. enfermagem, Ribeirão Preto, v.8, n.º1, pp.75-81, janeiro, 2000.

FARO, A.C.M. e. Cuidar do lesado medular em casa: a vivência singular do cuidador familiar. 127p. Tese (Livre Docência), Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1999.

PASCHOAL, S.M.P. Autonomia e independência. In: PAPALEO NETTO, M. Gerontologia. Cap.28, pp.313-23. São Paulo, Atheneu, 1996.

PORTUGAL. Ministério do Emprego e da Segurança Social Secretariado Nacional de Reabilitação. Classificação Internacional das deficiências, incapacidades e desvantagens (handicaps): um manual de classificação das consequências das doenças. Lisboa, 1989.

Assistência de Enfermagem no Câncer

Silvia Regina Secoli¹

Introdução

A crescente morbi-mortalidade do câncer indicada nas estatísticas brasileiras (2º causa de morte), o alto custo do tratamento, suas repercussões no sistema de saúde e a interferência na qualidade de vida do indivíduo apontam aos profissionais da saúde que são necessários o estabelecimento de estratégias de intervenção no processo doença e maior capacitação dos recursos humanos para atuarem de modo competente, principalmente no âmbito domiciliário.

Câncer é o termo aplicado a um conjunto de mais de 100 doenças que se caracterizam pelo processo de multiplicação celular desordenado e capacidade de invasão para outras regiões e tecidos. O processo fisiopatológico inicia-se quando uma determinada população de células sofre transformações no material genético contido no núcleo (ácido desoxirribonucléico - DNA), dando origem a descendentes insensíveis aos mecanismos reguladores do crescimento e divisão celular normal.

Sabe-se que 80% dos tipos de câncer estão relacionados ao tipo de dieta, ao hábito de fumar e/ou consumir álcool, ao consumo de alguns medicamentos, ao tipo de ocupação, a exposição prolongada ao sol, aos poluentes atmosféricos e a alguns tipos de agentes infecciosos.

Diante dessas considerações e da complexidade do tema, optou-se por discutir neste capítulo os princípios dos tipos de tratamento, as ações educativas do enfermeiro no controle do câncer e subsídios teórico-práticos para intervenções de enfermagem frente aos sinais e sintomas (mais freqüentes) decorrentes da doença e do tratamento. Estas manifestações clínicas são causas freqüentes de importante limitação das atividades de vida diária, desconforto e sofrimento do doente e da família.

Modalidades de tratamento

Apesar do câncer representar um problema de saúde pública em âmbito mundial, a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes têm aumentado e vários fatores contribuíram para isso: o diagnóstico precoce, a descoberta de novos medicamentos e a abordagem terapêutica multidisciplinar.

O plano terapêutico do doente com câncer é estabelecido após o diagnóstico e o estadiamento do tumor, considerando-se o grau de comprometimento do estado geral do indivíduo e as modalidades de tratamento disponíveis (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, bioterapia, hormonoterapia e transplante de medula óssea). Atualmente, são utilizados esses tratamentos de modo isolado ou em conjunto, com o objetivo de reduzir a massa tumoral, atuar sobre as células malignas circulantes, diminuir os riscos de incidência, progressão e recidiva da doença e melhorar as condições imunológicas do paciente.

O conhecimento dos princípios das modalidades terapêuticas oferece aos profissionais subsídios para prever as complicações e instituir medidas imediatas nas manifestações que oferecem risco para a vida do doente.

A **cirurgia** é abordagem terapêutica mais antiga de combate ao câncer, visa remover de forma mecânica o tumor ou parte dele, com o objetivo de diagnosticar (biópsias), prevenir (nos casos de doenças pré-cancerosas), curar, paliar, estadiar, ressecar metástases e reconstruir.

A **quimioterapia** é uma estratégia que visa tratar a doença de modo sistêmico. Utiliza-se de agentes antineoplásicos, que interferem nas funções e na reprodução celular, com a finalidade de causar a destruição das células malignas. Os antineoplásicos não possuem toxicidade seletiva para as células malignas, desta forma, atingem

também células sadias dos tecidos de rápida proliferação. Por este motivo, são obrigatórios períodos de interrupção da quimioterapia para recuperação do doente, visto que, para o tratamento são necessárias doses repetidas de antineoplásicos durante longos períodos.

A **radioterapia** utiliza radiação ionizante proveniente de aparelhos (por exemplo, bomba de cobalto) ou de materiais radiativos (por exemplo, Césio¹³⁷, Irídio¹⁹²) para destruir as células malignas.

A **bioterapia** emprega agentes chamados Modificadores de Resposta Biológica (MRB) para modificar o funcionamento do sistema imune (imunidade celular ou humorai) do paciente e produzir efeito antitumoral através de ação estimulante ou supressora. Os agentes utilizados como MRB incluem as interleucinas, os interferons, os fatores estimulantes de crescimento de colônias, os anticorpos monoclonais, o Bacilo Calmette-Guerin (BCG), o levamisol, e os indutores de diferenciação celular.

A **hormonioterapia** é uma estratégia clínica para tratar os tumores hormônio-dependentes, em que o bloqueio da produção de determinados hormônios (através de medicamentos específicos) pode reduzir o hormônio responsável pelo crescimento do tumor.

O **transplante de medula óssea (TMO)** visa tratar a doença através da substituição da medula óssea doente pela sadia, e restabelecer, assim, a função medular normal. O preparo para o TMO compreende a realização de quimioterapia (fase de condicionamento) e, em alguns casos, a radioterapia (no corpo inteiro). A fase subsequente é a infusão da

medula óssea, que pode ser obtida de doador geneticamente similar ao receptor (alogênico), de doador gêmeo idêntico do receptor (singênico) ou do próprio receptor após o pré-tratamento da medula doente (autólogo).

Ações educativas de controle do câncer no PSF

O conhecimento dos aspectos relacionados ao surgimento da doença e a prevenção são fundamentais para efetivação de mudanças no perfil de morbimortalidade do câncer. Neste sentido, torna-se necessário identificar em cada localidade quais são os tipos de cânceres que acometem a população, os fatores ambientais relacionados, os conhecimentos e práticas da comunidade em relação a este agravo, para planejar a atuação da equipe.

O traçado do perfil epidemiológico do câncer possibilitará aos profissionais o estabelecimento de políticas locais de ações de controle da doença, considerando-se as características relacionadas às condições de vida e trabalho da comunidade e as possibilidades orçamentárias do município. As medidas regionalizadas devem se somar às campanhas do Ministério da Saúde (MS), que atualmente são representadas por programas de prevenção e detecção precoce, que visam o esclarecimento da população. Tais programas encontram-se disponíveis em impressos oficiais e na internet (endereço na bibliografia) e são apresentados no Quadro 1.

Quadro 1- Programas (oficiais) de prevenção e detecção precoce do câncer

Campanha Anti-tabagismo

Conheça sua boca (prevenção e detecção de lesões precursoras de câncer)

Programa Viva Mulher-Programa Nacional de controle do câncer uterino

Prevenção do câncer de laringe

Prevenção do câncer de próstata

Orientação e esclarecimento dos cânceres de mama, pulmão, ovário, hepático, melanoma,

Leucemia e outras neoplasias infantis

A comunidade deve ser orientada e esclarecida sobre os comportamentos de risco, desde a idade escolar, para que as informações adquiridas de forma permanente e repetida sirvam como elementos de

conscientização individual para aquisição de hábitos saudáveis de vida. Os principais comportamentos de risco e as respectivas ações preventivas são mostradas no Quadro 2.

Quadro 2 - Comportamentos de risco associados ao câncer e as respectivas ações

<i>Comportamentos de risco</i>	<i>Ações preventivas</i>
Fumar	Promover ações de educação na comunidade (escola, fábrica, associações de bairro) Aconselhar fumantes a parar de fumar Proibir o fumo em locais fechados
Consumir dieta rica em gorduras e carnes e pobre em fibras	Estimular o consumo de frutas, vegetais e cereais Evitar alimentos defumados e em conserva Reducir o consumo abusivo de gorduras e carnes
Consumir bebidas alcoólicas (Etilismo)	Evitar o consumo abusivo de bebidas alcoólicas Realizar regularmente o auto-exame de boca
Ficar exposto ao sol	Evitar exposição ao sol nos horários entre 10 e 14 h Utilizar filtro ou protetor solar fator 15 ou superior Utilizar chapéus, roupas adequadas nos casos de pessoas de pele clara que se expõem ao sol

As ações educativas de prevenção e detecção precoce são de importância ímpar no câncer, pois parte do processo fisiopatológico se desenvolve de maneira assintomática e, quando os sinais e sintomas de alerta aparecem, a doença já está instalada e não são raras as vezes em que se encontra avançada.

Assistência ao doente com câncer

A constatação de que o doente com câncer tem sua vida transformada e, muitas vezes, ceifada pelo diagnóstico e tratamento mostra aos profissionais que o assistem que é necessário além dos conhecimentos e habilidades técnico-científicos, capacidade de serem continentes dos sentimentos do doente e estarem disponíveis para permitir a manifestação destes e de todas as dúvidas frente à nova condição de vida. Assisti-lo requer vontade de ajudar o outro a viver dentro das suas possibilidades e limitações, dia por dia.

Portanto, é fundamental o conhecimento que o profissional tem do ambiente doméstico (planta física, família e as relações, condições econômicas), principalmente quando ocorre prejuízo da capacidade funcional do doente (por exemplo, amputação de

membros), ou não existem mais alternativas terapêuticas para tratá-lo para avaliar as reais possibilidades da família em relação à aquisição de materiais, medicamentos e outros produtos indispensáveis ao doente (por exemplo, colchão especial, cadeira de rodas), realização de reformas na estrutura física (por exemplo, colocação de apoios nos banheiros, retirada de box) e, especialmente na participação da prestação de cuidados básicos (não-profissionais).

Os profissionais devem, sempre que possível, fornecer informações fiéis sobre o estado de saúde do doente, facilitar o acesso (da família e do doente) aos recursos humanos (religiosos, advogados, parentes distantes) necessários à manutenção ou modificação de suas opções de vida.

Intervenções de enfermagem para o controle de sinais e sintomas

As intervenções de enfermagem compreendem a utilização de estratégias farmacológicas (administração de medicamentos), educativas (orientações), comportamentais (relaxamento, distração) e físicas (massagem, acupressão “do-in”,

aplicação de calor ou frio).

A combinação de diferentes estratégias é aconselhável e útil, pois visa otimizar o controle do sintoma, reduzir doses dos medicamentos, minimizar complicações e proporcionar maior conforto ao doente. As intervenções de enfermagem para o controle de sinais e sintomas (descritos no texto) são mostradas no Quadro 3.

Náuseas e vômitos

São freqüentes no doente com câncer. São sintomas que causam impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, sobretudo quando interferem nas atividades de vida diária, são intensas ou associadas à doença terminal. As causas podem ser bioquímicas/ metabólicas (por exemplo, hipercalcemia), viscerais (por exemplo, obstrução intestinal), medicamentosas (por exemplo, terapia com opiáceos), estarem relacionadas aos tratamentos (quimioterapia, radioterapia, bioterapia) ou a metástases (por exemplo, sistema nervoso central, sistema vestibular). As complicações do vômito que podem apresentar risco para o doente são: a desidratação e a bronco-aspiração (cuidados especiais com doentes acamados ou traqueostomizados).

Anorexia e caquexia

O câncer tem grande impacto no estado nutricional do doente e a anorexia é o sintoma mais implicado na desnutrição, causando a diminuição de ingestão alimentar e perda de peso; já a caquexia é representada pela tríade: anorexia e perdas de peso e de massa muscular. As principais causas da anorexia são: dor, dificuldade de deglutição, alterações do olfato e paladar, estados depressivos, náusea, vômito, constipação e crescimento do tumor.

O suporte nutricional enteral ou parenteral é controverso, mas sabe-se que nos casos de caquexia secundária (causada pela redução da ingestão e absorção de alimentos), os resultados são bons. Entretanto, nos casos de doença avançada, o suporte nutricional não traz benefícios reais, devido aos efeitos metabólicos da caquexia primária (interação metabólica entre o tumor e o indivíduo que resulta em consumo progressivo de proteína, da musculatura esquelética e do tecido adiposo).

Mucosite

A mucosite é um processo inflamatório e ulcerativo

da mucosa oral causado pelos efeitos fisiológicos de múltiplos agentes estressores, incluindo a doença e o tratamento. Os sinais clínicos são: ulceração, dor, hiperemia, sialorréia e edema. Nos doentes com mucosite, é freqüente o aparecimento de infecções por fungos (*Candida albicans*), vírus (*Herpes*) e sangramentos, complicações estas que comprometem a ingestão de alimentos, a higiene oral, a comunicação verbal e a auto-imagem (em alguns casos).

Constipação

É representada pela dificuldade em eliminar as fezes, causada pela alteração na freqüência e na consistência das fezes, geralmente acompanhada de muita dor e desconforto. Dores abdominais, náusea, anorexia, dificuldade de eliminar gases, sensação de não ter evacuado o suficiente, de empachamento e a diminuição ou ausência de eliminação das fezes são sinais e sintomas importantes da constipação.

As suas causas podem estar relacionadas à baixa ingestão de líquidos, desnutrição, redução da mobilidade, tumores abdominais, distúrbios metabólicos (hipocalcemia, hipercalcemia) ou a terapia medicamentosa (opiáceos, anticolinérgicos, ferro, entre outros). As suas principais complicações são: desconforto e distensão abdominal, náusea e vômito, dor abdominal e agravamento da doença (nos tumores abdominais ou retroperitoneais), hemorróida e fissura anal, obstrução intestinal e retenção urinária.

Dispneia

A dispneia representa um desconforto decorrente da dificuldade de respirar; costuma ser uma sensação subjetiva que envolve a percepção do doente (da falta de fôlego) e a sua reação, por isto, doentes dispnéicos são sempre ansiosos. Os fatores causais são inúmeros e muitos são coexistentes; entre os mais freqüentes estão: câncer de pulmão, metástases pulmonares, preexistência de doença pulmonar obstrutiva crônica, derrame pleural, síndrome da veia cava superior, fibrose secundária a radioterapia, ascite volumosa, distensão abdominal, anemia e ansiedade.

Infecções

São quadros clínicos responsáveis por grande morbi-mortalidade nos doentes. O risco para

ocorrência das infecções advém de vários fatores: tipo de tumor, defeitos das imunidades celular e humoral, tipo de tratamento (quimioterapia, radioterapia, bioterapia, TMO), realização de procedimentos invasivos, hospitalização prolongada

e o uso de medicamentos (antibióticos, corticosteróides). O fator causal (predisponente) mais importante é a granulocitopenia, sendo a gravidade e a incidência dos quadros infecciosos inversamente proporcionais ao número de neutrófilos.

Quadro 3 - Intervenções de enfermagem para o controle de sinais e sintomas

Sinais e Sintomas	Intervenções
Náuseas e Vômitos	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar preventivamente: Administrar o antiemético de acordo com o horário; • Ajustar a dieta: Orientar dieta fracionada, com alimentos leves, frios ou em temperatura ambiente; • Orientar o consumo de líquidos transparentes (suco de limão, maçã, chá, caldos, picolés, entre outros); • Manter boa higiene bucal; • Estimular atividades físicas (dentro das possibilidades) • Utilizar técnicas comportamentais (relaxamento, distração) • Elevar o decúbito do doente, ou colocá-lo em decúbito lateral nos casos de vômito; • Evitar trocas de curativos perto dos horários das refeições • Orientar o doente ou família sobre o que se deve evitar: Forçar a alimentação Quando estiver enjoado; Alimentos temperados, gordurosos, doces, salgados, ou de odor forte; Associar a náusea e o vômito ao tratamento (quimioterapia, radioterapia, bioterapia)
Anorexia e Caquexia	<ul style="list-style-type: none"> • Observar se o quadro não é decorrente de outros sinais e sintomas não-controlados, tais como náusea, vômito, dor, fadiga, constipação, diarréia; • Administrar (quando prescritos) medicamentos estimulantes do apetite : corticosteróides, medroxi-progesterona, decanoato de nadrolona; • Manter boa higiene bucal; • Orientar sobre aspectos básicos da dieta: O alimento é parte importante do tratamento; O desjejum deve ser a melhor refeição do dia; Fracionar a dieta e consumir pequenas porções; Compor a dieta com alimentos ricos em calorias, fáceis de ingerir (gelatina, purê, pudim, gemada, sorvete, iogurte, e muitos outros), frios ou em temperatura ambiente; Consumir líquidos entre as refeições, não durante; Os suplementos ricos em proteínas (por exemplo, sustagen) são úteis; • Estimular a realização de exercícios (leves) uma hora antes das refeições; • Evitar verificar o peso rotineiramente
Mucosite	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a realização do auto-exame da boca diariamente; • Estabelecer um plano de higiene oral com as seguintes recomendações: A escova de dentes deve ser macia; No caso de lesões, os cotonetes substituem a escova; Usar pasta de dentes não-abrasivas; No caso de próteses dentárias realizar limpeza entre as refeições; Manutenção dos lábios umedecidos(vaseline ou manteiga de cacau); Higiene oral com solução alcalina (água fervida + bicarbonato de sódio); • Sugerir o consumo de alimentos e bebidas geladas; • Administrar (quando prescritos) analgésicos ou borifar anestésico local na cavidade oral e orofaringe antes das refeições; • Orientar o doente ou família sobre o que se <u>deve evitar</u>: Produtos comerciais para higiene oral; Fio dental e escovas de dentes dura; O consumo de álcool ou o hábito do fumo; A ingestão de alimentos ácidos, duros, quentes e frutas cítricas; Prótese dentária mal adaptada (solta)

Sinais e Sintomas	Intervenções
Constipação	<ul style="list-style-type: none"> Tratar preventivamente através de medidas complementares (educação alimentar e intestinal, realização de exercícios); Orientar sobre aspectos básicos da dieta: Dieta rica em fibras (farelo de trigo, frutas, legumes, verduras) Frutas secas (ameixa preta, uva passa, damasco) devem ser consumidas (sempre que possível) O consumo de líquidos: chás mornos ou quentes no período da manhã, sucos de frutas (exceto maçã), auxiliam bastante. Estabelecer programa educativo para rotina de funcionamento intestinal: > Escolher o melhor horário para utilização do banheiro (a privacidade é maior, quando o local for menos utilizado pelas outras pessoas) e tentar utilizar todos os dias neste horário; Adequar o assento (altura, tipo) da privada às limitações do doente (quando possível); Orientar a realização de massagens abdominais (movimentos circulares em sentido horário) 2 a 3 vezes ao dia; Estimular a mobilização (caminhadas leves, exercícios passivos); Administrar (quando prescritos) medicamentos laxativos, supositórios retais ou enemas; Orientar o doente ou família sobre o que se <u>deve evitar</u>: O uso de laxantes sem prescrição médica; A realização diária de enemas (exceto se houver indicação médica); O consumo de alimentos que provocam prisão de ventre
Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> Administrar (quando prescritos) ansiolíticos. <u>Evitar</u> medicamentos que causam depressão respiratória; Manter decúbito elevado 45°; Instalar cateter de oxigênio Utilizar técnicas comportamentais (relaxamento, distração, respiração profunda); Ø Posicionar o doente: solicitar que o mesmo incline-se para frente com os braços apoiados na cadeira ou joelho com a cabeça apoiada.
Infecções	<ul style="list-style-type: none"> Orientar e implementar medidas profiláticas através da: Identificação dos doentes de risco; Identificação de situações de risco (contato com pessoas portadoras de infecções, higiene corporal precária, ambiente doméstico úmido ou sujo, realização de procedimentos invasivos, entre outros); Verificação de sinais vitais a cada 4 horas nos doentes neutropênicos; Manutenção de boa higiene corporal e oral; Proibição (em alguns casos) ou redução de visitas sociais ao doente; Realização de dietas com vegetais e verduras cozidas, carnes bem cozidas, leite e água fervida; Higienização rigorosa de liquidificadores, centrifugas e outros equipamentos que possam conter resíduos alimentares; Mobilização rigorosa de doentes acamados; Colocação de dispositivos (almofadas, luvas d'água, placas de hidrocolóide) para alívio de pressão nos locais de proeminências ósseas; Proibição da realização de retirada de cutículas, sobrancelhas, depilação nas mulheres, especialmente durante o período de neutropenia Nos casos de febre orientar doente e familiares a: Comunicar equipe médica rapidamente; Estimular a ingestão de líquidos; Aplicação de compressas geladas na testa ou realização de banhos com água e álcool; Administração do antitérmico prescrito pelo médico; Orientar que outros sinais e sintomas, além da febre, podem ser indicativos de infecções, tais como : vermelhidão, calor, dor em algum local do corpo, prostração, cansaço excessivo, calafrios, tosse com presença de secreção, disúria, confusão mental, entre outros. Avaliar diariamente a evolução de lesões cutâneas; Administrar antibióticos, fatores de crescimento de colônias (quando prescritos) observando principalmente as condições de acesso venoso;

Cuidados de enfermagem frente às intervenções farmacológicas

As intervenções farmacológicas utilizam os medicamentos para prevenir, tratar ou aliviar os sinais e sintomas.

Os grupos de medicamentos mais utilizados no domicílio são: os **anti-inflamatórios não-esteroidais** (Acetaminofeno, Ácido acetilsalicílico, Ácido mefenâmico, Celecoxib, Cetoprofeno, Diclofenaco sódico/potássico, Dipirona, Indometacina, Meloxicam, Tenoxicam); os **analgésicos opióides** (Buprenorfina, Codeína, Meperidina, Morfina, Tramadol); os **antidepressivos** (Amitriptilina, Clomipramina, Fluoxetina, Imipramina, Nortriptilina); os **antieméticos** (Granisetron, Metoclopramida, Ondansetron); os **broncodilatadores** (Brometo de ipratrópio, Fenoterol, Salbutamol, Terbutalina, Teofilina), os **corticosteróides** (Dexametasona, prednisona), os **protetores gástricos** (Cimetidina, Ranitidina, Omeprazol) e os **neurolépticos** (Clorpromazina, Haloperidol, Levopromazina, Pimozida, Tioridazina).

Apesar das ações terapêuticas, os medicamentos podem causar efeitos indesejados, que para o doente submetido à polifarmácia (prescrição simultânea de vários medicamentos) é um fator de risco adicional, para o surgimento de toxicidade e de interações medicamentosas. Para o enfermeiro evitar estas ocorrências são recomendadas algumas medidas práticas, na administração de medicamentos por via enteral e parenteral:

- Conhecer o modo de ação e aos principais efeitos colaterais dos medicamentos usados pelo doente;
- Orientar o doente, família e equipe em relação os efeitos colaterais dos medicamentos e às estratégias para minimizá-los. Muitos abandonam o tratamento pela falta de esclarecimento sobre os efeitos medicamentosos;
- Introduzir medidas adjuvantes (por exemplo, aumento da ingestão hídrica, dieta laxativa), quando associação entre medicamentos com toxicidade semelhante for adotada na terapia (por ex. opiáceos e neurolépticos);
- Utilizar como veículo (leite, suco de frutas, gelatina) da administração dos medicamentos, aqueles de preferência ou de possibilidade do doente;
- Adequar o horário de administração do medicamento de acordo com a finalidade terapêutica

e a necessidade do doente (por exemplo, o antiemético administrar antes (45-60 minutos) das refeições principais, quando via oral);

- Evitar colocar vários medicamentos para serem administrados no mesmo horário (via oral, parenteral);
- Evitar administrar vários medicamentos macerados pela sonda enteral;
 - Administrar os antiácidos de modo isolado, ou utilizar intervalos de aproximadamente 2 horas quando da administração com outros medicamentos;
 - Evitar associar medicamentos que apresentem efeitos colaterais comuns (por ex. antiinflamatórios não-esteroidais e corticosteróides);
 - Evitar misturar medicamentos na mesma solução ou seringa;
 - Usar vias de infusão (intravenosa) diferentes na vigência da necessidade de combinação de medicamentos de compatibilidade desconhecida;
 - Lavar dispositivo de infusão (equipo, polifix, torneirinha) com soluções neutras, se houver necessidade de administração de outros medicamentos na mesma via de acesso vascular;
 - Avaliar as condições gerais (integridade da pele, calibre do vaso e quantidade de tecido, entre outros) do local de administração do medicamento;
 - Consultar o farmacêutico sempre que houver dúvidas em relação aos medicamentos.

Importante: O manuseio dos cateteres totalmente implantados “port-a-cath” deve ser realizado apenas por enfermeiros devidamente treinados. Devido à particularidade da técnica, recomenda-se a consulta em manuais específicos.

Considerações finais

O câncer não é maligno apenas enquanto processo fisiopatológico; o é porque causa impactos físico, moral e social no indivíduo e na família e culminam no sofrimento, incapacidade, dor e morte. Além disso, a natureza crônico-degenerativa do câncer tem consequências econômicas importantes para a sociedade; e apesar de não haver estudos apurados sobre este fator, seguramente os custos são bastante elevados.

Assim, assistir o doente com câncer no contexto domiciliário é um desafio profissional, especialmente no cenário brasileiro em que pesam as diversidades regionais, as desigualdades socioeconômicas da população e os diferentes níveis de formação profissional.

O conhecimento dos assuntos abordados no presente capítulo subsidiará a(o) enfermeira(o) a:

- Promover ações educativas de controle do câncer na comunidade.
- Diferenciar as diferentes modalidades de tratamento do câncer.
- Realizar intervenções de enfermagem para o controle de sinais e sintomas freqüentes no câncer.
- Propor medidas práticas para a administração de medicamentos no domicílio.

BIBLIOGRAFIA

MURAD, A. M.; KATZ, A. Oncologia: bases clínicas do tratamento. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1996.

BRASIL, M.S. Instituto Nacional do Câncer. Ações de enfermagem para o controle do câncer. Coordenadoria de Programas de Controle do Câncer - Pro-Oncô, Rio de Janeiro, 1995.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Câncer: diagnóstico e tratamento, prevenção e detecção. [on line] disponível na internet: <http://www.inca.org.br>. (05 de outubro de 2000).

FIGUEIREDO, M. T. A. (org.). Cuidados paliativos ao paciente fora dos recursos de cura. s.n.t.

FUNDAÇÃO ONCOCENTRO DE SÃO PAULO. Câncer: cuidando do paciente em casa. São Paulo, 1994.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. Curso básico de cancerologia. São Paulo, MSG, 1999.

Atuação da Equipe de Enfermagem na Hipertensão Arterial

Angela M. G. Pierin¹

Décio Mion Jr.²

A hipertensão arterial como problema de saúde pública

A hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial freqüentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos. Acomete um grande número de pessoas, cerca de 15% a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos e atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. Tende a ser mais prevalente entre negros e também naqueles com história familiar para hipertensão. Em crianças e adolescentes também aparece de maneira considerável.

A hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco cárdo e cerebrovasculares. A presença de hipertensão duplica o risco cardiovascular. Além disto, a hipertensão é o primeiro fator de risco para acidente vascular cerebral. Ademais, cerca de 90% das pessoas em estágio final de doença renal têm história de hipertensão. Ressalta-se, ainda, o alto custo social em nosso meio, pois a hipertensão é responsável por cerca de 40% dos casos

de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho.

Em face dessas considerações, salienta-se a importância de que todos os profissionais da área da saúde devam concentrar esforços na prevenção, através da adoção de hábitos de vida saudáveis, na detecção precoce da doença por meio da medida regular da pressão arterial e, identificada a doença, o controle adequado, corrigindo ou evitando complicações.

A identificação da hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma doença praticamente assintomática e a sua identificação se faz através da medida da pressão arterial. Valores persistentemente iguais ou maiores do que 140mmHg para a pressão sistólica e/ou 90mmHg para a diastólica são considerados hipertensão.

O Quadro 1 apresenta a classificação dos níveis da pressão arterial para pessoas adultas. Em crianças e adolescentes por meio de tabelas classifica-se a pressão arterial em função do percentil de estatura, idade e sexo. Para valores abaixo do percentil 90, normotensão, entre 90-95, normal limítrofe e acima do percentil 95, hipertensão.

Quadro 1. Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (>18 anos). III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998. (III CBHA)

Pressão Arterial (mm Hg)		
Diastólica	Sistólica	Classificação
<85	<130	Normal
85-89	130-139	Normal Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão Leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão Moderada (estágio 2)
≥110	≥180	Hipertensão Grave (estágio 3)
<90	≥140	Hipertensão Sistólica Isolada

O diagnóstico da hipertensão baseia-se no achado de níveis acima da normalidade através da medida da pressão arterial pelo método indireto, em pelo menos duas ou mais visitas, no mínimo duas medidas em cada vez, na posição sentada e/ou deitada e na primeira avaliação nos dois braços.

A medida da pressão arterial

É um procedimento fácil de ser realizado, porém está sujeito a erros ligados ao paciente, equipamento, local ou ambiente, técnica de medida e observador, que devem ser evitados para obtenção de medida correta. Assim, é importante seguir as recomendações especificadas a seguir.

Paciente

Pelo menos 30 minutos antes da medida da pressão arterial, deve-se evitar atividade física, alimentação, fumo, ingestão de bebida alcoólica ou café. O paciente deve permanecer em repouso de 5 a 10 minutos, após ter esvaziado a bexiga. Durante a realização do procedimento, o paciente não tem de conversar, e o observador deve afastar dor, tensão e ansiedade.

Na medida da pressão arterial com o paciente na posição sentada, o tronco permanecerá apoiado e relaxado no encosto da cadeira e as pernas relaxadas e descruzadas. O braço em que o manguito será colocado deve estar no nível do coração, apoiado em suporte, livre de roupas, a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Equipamento

O esfigmomanômetro aneróide e de coluna de mercúrio ainda são os aparelhos mais utilizados para a medida da pressão arterial. Porém, para que a medida seja confiável os manômetros devem estar devidamente calibrados, o que nem sempre acontece. Estudo em nosso meio mostrou que 60% dos aparelhos aneróides e 21% dos de coluna de mercúrio estavam descalibrados. O aparelho de coluna de mercúrio está calibrado quando o menisco de mercúrio coincide com o ponto zero. No manômetro aneróide, o fato de o ponteiro coincidir com o ponto zero não significa calibração, devendo ser testado contra o manômetro de coluna de mercúrio de acordo com os seguintes passos:

- Conectar o tubo de borracha do manômetro aneróide a ser testado em uma extremidade do "Y", o tubo de borracha do manômetro de coluna de mercúrio na outra extremidade e a pêra de borracha para inflar o sistema na porção inferior do "Y";

- Inflar o sistema até ultrapassar 250mmHg;

- Abrir lentamente a válvula da pêra de borracha, para redução da pressão;

- Verificar a correspondência de valores entre os dois manômetros de 10 em 10mmHg, nos níveis de 250, 240, 230..... 20, 10 e zero mmHg;

- Identificar a magnitude da diferença da correspondência de valores em mm Hg em cada um dos níveis.

Aceitam-se diferenças de até 3mmHg correspondentes a 1% da escala do aparelho que vai de zero a 300mmHg. Caso haja diferenças acima de 3mmHg em qualquer um dos pontos o aparelho deve ser encaminhado para oficina especializada.

O tamanho da bolsa de borracha inflável do manguito também pode ser fonte de erro na medida da pressão arterial. Assim, se esta bolsa for estreita em relação à circunferência do braço do paciente, a leitura de pressão poderá ser falsamente elevada, conduzindo a um diagnóstico errôneo de hipertensão arterial. Por outro lado, se a bolsa for larga, a leitura poderá ser falsamente baixa, levando a um diagnóstico errôneo de normotensão. A largura da bolsa inflável terá de corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80% o braço.

Ainda em relação às possibilidades de erros ligadas ao equipamento, o sistema de válvula e tubos de borracha também necessita de verificação periódica para identificar envelhecimento da borracha, vazamentos nas conexões ou furos nas extensões.

Ambiente

O ambiente onde se realiza a medida da pressão deve ser calmo e com temperatura agradável para permitir o relaxamento do paciente. A medida casual da pressão arterial tem sido realizada quase que exclusivamente no consultório médico. Todavia, destaca-se a possibilidade de influência do observador e local na medida da pressão. Medidas realizadas no domicílio pelo paciente ou familiar tendem ser mais baixas do que as de consultório.

Técnica de medida da pressão arterial

Os fatores que interferem na medida da pressão arterial referentes à técnica podem estar ligados à não-estimação do nível da pressão arterial sistólica; neste caso, pode-se estar ignorando o hiato auscultatório que é ausência de sons logo após seu início, o qual pode estender-se por até 40mmHg, levando à falsa diminuição da sistólica. A inflação excessiva do sistema provoca dor e elevação da pressão arterial e a deflação rápida faz com que haja diminuição da pressão arterial sistólica e aumento da pressão arterial diastólica. A compressão excessiva do estetoscópio pode deformar a artéria braquial e ocasionar alteração do som auscultado. Posicionamento incorreto do braço do paciente, que não no nível do coração, manguito aplicado sobre roupas, mãos, equipamentos excessivamente frios e não-centralização da bolsa de borracha sobre a artéria braquial podem também concorrer para erros na medida da pressão arterial.

Observador

A pessoa que realiza a medida da pressão arterial - o observador - se não estiver devidamente orientada e treinada, pode induzir erros no procedimento. A preferência por valores de pressão arterial terminados com dígitos zero ou cinco é freqüente. O registro dos valores da pressão deve refletir precisamente a escala do manômetro que possui números terminados pelos dígitos zero, dois, quatro, seis, e oito, pois cada marcação da escala corresponde a 2mmHg.

A interação entre quem realiza a medida da pressão e o paciente também pode ser fonte de erro. A simples presença do observador pode desencadear reação de alerta ocasionando elevação tensional, a chamada hipertensão do austral branco ou hipertensão de consultório.

Para evitar erros relacionados à medida da pressão arterial, siga os passos descritos a seguir.

1- Explicar o procedimento ao paciente.

2- Certificar-se que ele não está com bexiga cheia, nem praticou exercícios físicos, tampouco ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentou ou fumou 30min antes da medida.

3- Deixá-lo descansar durante 5-10 min. em ambiente calmo, com temperatura agradável.

4- Localizar artéria braquial por palpação.

5- Colocar manguito, adequado ao tamanho do braço, firmemente 2-3 cm acima da fossa anticubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha do manguito

deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento envolver pelo menos 80% do braço.

6- Manter o braço do paciente na altura do coração.

7- Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.

8- Palpar pulso radial, inflar manguito até seu desaparecimento, para estimar nível da pressão sistólica, desinflar rapidamente e aguardar por aproximadamente 15-30 segundos antes de inflar novamente.

9- Colocar estetoscópio nos ouvidos com curvatura voltada para frente.

10- Posicionar campânula do estetoscópio sobre a artéria braquial, na fossa anticubital, evitando compressão excessiva.

11- Solicitar ao paciente para não falar durante a medida.

12- Inflar rapidamente, 10-10mmHg, por segundo, até nível estimado da pressão sistólica.

13- Desinflar lentamente, 2-4mmHg por segundo.

14- Determinar pressão sistólica no aparecimento do primeiro som (Fase I de Korotkoff), que se intensifica com aumento da deflação.

15- Determinar pressão diastólica no desaparecimento do som (Fase V de Korotkoff). Auscultar 20-30mmHg abaixo do último som para confirmar o seu desaparecimento e proceder à deflação rápida e completa. Quando os sons persistirem até o zero, determinar a diastólica no abafamento dos sons (Fase IV de Korotkoff).

16- Registrar os valores da pressão realmente obtidos na escala do manômetro que varia de 2 em 2mmHg, evitando arredondar para valores terminados em zero ou cinco.

17- Esperar 1 a 2 min antes de realizar nova medida.

18- O paciente deve ser informado sobre os valores da pressão e possível necessidade de acompanhamento.

Tratamento da hipertensão arterial

O tratamento inclui o uso de medicamentos anti-hipertensivos e medidas não-medicamentosas. O tratamento não-farmacológico descrito a seguir está indicado para todos os hipertensos e para normotensos com risco cardiovascular elevado.

1- Redução do peso até atingir índice de massa corporal inferior a 25kg/m^2 e relação cintura/quadril inferior a 0,8 para mulheres e 0,9 para homens, o que pode ser conseguido com dieta hipocalórica balanceada e atividade física programada.

2- Redução de sal na alimentação para consumo em torno de 6g de sal (1 colher de chá). Evitar alimentos industrializados, enlatados, carnes/peixes secos, defumados, charque, conservas, aditivos à base de glutamato de sódio, queijos, adição de sal aos alimentos prontos e abolir saleiro da mesa. O uso de substitutos do sal com cloreto de potássio deve ser evitado em pacientes com problema renal.

3- Aumento na ingestão de potássio presente em grãos (feijão, ervilha) vegetais verde escuro, banana, melão, cenoura, beterraba, frutas secas, tomate, batata inglesa e laranja.

4- Restrição de bebida alcoólica, não ultrapassando 30ml de etanol/dia, correspondente a 60ml de destilados (uma dose de pinga, uísque, vodca), 240ml de vinho (uma taça) ou 720ml de cerveja (uma garrafa).

5- Prática de exercícios físicos regularmente como caminhada, natação, ciclismo, 30 a 45 min 3-5 vezes por semana. Exercícios tipo levantamento de peso são contra indicados.

Outras medidas também podem ser úteis no controle da hipertensão, tais como: redução do estresse, aumento na ingestão de fibras, abandono do tabagismo, controle do diabete melito e dislipidemia.

O tratamento medicamentoso à base de drogas anti-hipertensivas prevê a redução não só da pressão arterial, mas também dos eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

As drogas anti-hipertensivas incluem medicamentos dos seguintes grupos: diurético, betabloqueador, antagonista dos canais de cálcio, inibidor da enzima conversora da angiotensina e antagonista do receptor da angiotensina II.

A pessoa com hipertensão arterial e a adesão ao tratamento

Atualmente, o número estimado de hipertensos no Brasil é de 16 a 18 milhões. Provavelmente, dos hipertensos identificados e tratados, apenas cerca de 30% estão controlados. O controle inadequado das cifras tensionais, na maioria das vezes, relaciona-se à falta de adesão do hipertenso ao tratamento.

A adesão pode ser caracterizada como o “grau em que o comportamento do indivíduo, em termos de tomar o medicamento, seguir a dieta, realizar mudanças no estilo de vida e comparecer às consultas médicas, coincide com o conselho médico ou de saúde.” Vários fatores podem dificultar a adesão do

hipertenso ao tratamento, destacando-se os relacionados ao paciente, doença, tratamento, aspectos institucionais e relacionamento com membros da equipe de saúde (Quadro 2).

Características do hipertenso como idade, sexo, raça, escolaridade, nível socioeconômico, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, aspectos culturais e crenças de saúde devem ser consideradas. Pessoas do sexo masculino, mais jovens e com baixa escolaridade tendem a ser menos aderentes ao tratamento. A baixa condição socioeconômica pode ser fator limitante para o acesso ao tratamento e aquisição dos medicamentos, enquanto que mudanças de hábitos de vida e culturais requerem determinação por parte do paciente e equipe.

O fato da hipertensão ser uma doença crônica, na maioria das vezes por toda vida, e ausência de sintomatologia específica, bem como complicações a longo prazo também dificultam o seguimento do tratamento.

A relação com membros da equipe de saúde é um fator altamente interveniente na adesão do hipertenso ao tratamento. O estabelecimento de clima que favoreça o relacionamento é recurso que contribui para adesão. Outro ponto que merece destaque é a participação ativa do paciente, inclusive opinando quanto ao tratamento proposto. O conhecimento e preferências dos hipertensos devem ser considerados visando adesão ao tratamento.

Em relação ao tratamento medicamentoso, destacam-se o custo, efeitos indesejáveis, esquemas terapêuticos complexos e tratamento por toda a vida. O acesso ao medicamento é premissa básica para o sucesso do tratamento, porém o custo tem sido apontado como fator limitante. As políticas de saúde voltadas para o atendimento dos hipertensos devem prever este aspecto. A adoção de esquemas terapêuticos com doses monoterápicas facilita o tratamento medicamentoso e drogas isentas de efeitos indesejáveis tendem a contribuir para o sucesso do tratamento.

A pouca adesão e abandono ao tratamento anti-hipertensivo é um fato que os enfermeiros e membros da sua equipe vivenciam juntamente outros profissionais da saúde. Esforços devem ser reunidos no sentido de otimizar recursos e estratégias, com participação ativa do hipertenso e manutenção da qualidade de vida, visando minimizar ou evitar esta problemática tão freqüente. O Quadro 3 sintetiza estratégias que podem contribuir para facilitar o controle das pessoas com hipertensão arterial.

Quadro 2. Fatores que interferem na adesão ao tratamento anti-hipertensivo.

Paciente	Sexo Idade Etnia Estado civil Escolaridade Nível socioeconômico
Doença	Cronicidade Ausência de sintomas Consequências tardias
Crenças, hábitos de vida e culturais	Percepção da seriedade do problema Desconhecimento Experiência com a doença Contexto familiar Conceito saúde-doença Auto estima
Tratamento	Custo Efeitos indesejáveis Esquemas complexos Qualidade de vida
Instituição	Política de saúde Acesso ao serviço de saúde Distância Tempo de espera / tempo de atendimento
Relacionamento com equipe de saúde	Envolvimento Relacionamento inadequado

Quadro 3. Estratégias para facilitar a adesão.

Paciente	Identificação de grupos de risco Educação Auto cuidado Medida da pressão em casa
Tratamento	Drogas com menos efeitos indesejáveis Baixo custo Monoterapia Comodidade posológica Orientar sobre efeitos indesejáveis Prescrição e informações por escrito e de fácil compreensão
Equipe multidisciplinar	Convocação de faltosos e abandonos Visita domiciliar Reunião em grupo Estabelecer objetivos junto com paciente Estabelecer contrato com direitos e deveres do paciente e equipe Flexibilidade na adoção de estratégias Fixar equipe de atendimento Obedecer horário das consultas Estabelecer vínculo com paciente Considerar crenças, hábitos, cultura do paciente Atendimento no local de trabalho Estabelecer sistema de contato telefônico

Ao final da leitura desse texto, a(o) enfermeira(o) deve ser capaz de:

- identificar “Hipertensão Arterial”;
- conhecer as técnicas para aferição da Pressão Arterial (PA);
- estruturar a intervenção de enfermagem às pessoas portadoras de HA.

BIBLIOGRAFIA

III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial. III CBHA. B. G. Cultural. São Paulo, 1998.

Lessa, I. O adulto brasileiro e as doenças da modernidade. Epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis. Hucitec Abrasco. São Paulo, 1998.

Amodeo, C., Lima E. G., Vazquez E. C. Hipertensão Arterial. Sarvier. São Paulo, 1997.

Ribeiro, A. B. Atualização em Hipertensão Arterial. Atheneu. São Paulo, 1996.

Mion Jr. D., Nobre F. Medida da pressão arterial: da teoria à prática. Lemos Editora, 1997.

Educação para o Controle do Diabetes Mellitus

Sonia Aurora Alves Grossi¹

Introdução

“O diabetes mellitus é uma doença que exige toda uma vida de comportamentos especiais de autocuidado” para que a glicemia seja mantida o mais próximo possível da normalidade (SMELTZER, BARE, 1993).

O controle inadequado do diabetes ao longo dos anos da doença representa ameaça à vida do paciente, pois favorece a precocidade e o risco aumentado de doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, retinopatia, nefropatia, insuficiência vascular periférica, neuropatia periférica, neuropatia autonômica e morte prematura, entre outras. O impacto do diabetes mellitus como um sério problema de saúde pública está no fato de que a maioria das complicações crônicas inerentes à doença é altamente incapacitante para a realização das atividades diárias e produtivas, compromete a qualidade de vida e o tratamento das mesmas e é extremamente oneroso para o sistema de saúde.

Evidências a partir de observações clínicas, epidemiológicas e bioquímicas, demonstradas por dois dos estudos prospectivos mais significantes em diabetes (DCCT, 1993 e UKPDS, 1998), indicam que a manutenção de parâmetros glicêmicos e da pressão arterial próximos à normalidade podem reduzir a incidência e a severidade das complicações neuropáticas, macro e microvasculares.

Os resultados desses estudos salientaram a necessidade de expansão de equipes de cuidado à saúde (médicos especialistas e educadores em diabetes, entre outros), maior esforço profissional na educação em diabetes, melhor relacionamento entre especialistas e cuidadores, além de planejamento de recursos financeiros. Evidenciaram também que os benefícios a longo prazo de ter diabéticos com melhor qualidade de vida, mais produtivos e com menos complicações, compensariam os custos com o rígido controle.

A obtenção de bom controle metabólico ao longo da vida não é fácil, pois o diabetes é uma doença

imprevisível e também porque cada pessoa responde de maneira diferente ao tratamento. Assim sendo, e considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do diabetes são realizados pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração do diabético na sociedade, como reconhece a Organização Mundial da Saúde.

Educação para o manejo do diabetes mellitus

Esculpida em uma pedra em frente à Clínica Joslin, construída em 1955 em Boston, encontra-se a inscrição que refletiu a convicção de Elliot P. Joslin.

“A Educação não é somente parte do tratamento do diabetes é o próprio tratamento”

A importância da educação no manejo do diabetes é reconhecida desde a década de 1920, tornou-se formal como experiência pioneira na clínica Joslin em 1930, foi oficializada em alguns países a partir da década de 70, mas foi nas décadas de 80 e 90 que a equipe de saúde passou a acreditar na educação como forma de obtenção de controle metabólico mais adequado.

A educação em diabetes é importante porque permite que os pacientes se sintam melhor, propicia um melhor controle metabólico, favorece o decréscimo dos custos com o tratamento e protege contra a prática profissional inadequada.

O cuidar em diabetes na perspectiva de rígido controle glicêmico está tendo necessidade de redirecionamento. Assim sendo, o programa educativo em diabetes deve ter como objetivos:

- aumentar os conhecimentos sobre diabetes,
- desenvolver habilidades para o autocuidado,
- estimular a mudança de comportamento,
- oferecer suporte para o manejo dos problemas diários decorrentes da doença,
- prevenir as complicações agudas e crônicas da doença,

**Educação em diabetes
Objetivos**

A educação de pessoas com diabetes deve ser pensada com um processo onde se consiga proporcionar à elas experiências que influenciem sua compreensão, suas atitudes e suas práticas relacionadas ao viver com diabetes. Desta forma, pontuaremos a seguir o que acreditamos constituam-se competências de todo educador em diabetes.

Competências do educador em diabetes

- *Avaliação do déficit de conhecimento e dos aspectos psicossociais*
- *Desenvolvimento de habilidades de sobrevivência*
- *Educação continuada, aprofundada e atualizada*
- *Adoção de estratégias de mudança de comportamento*

Avaliação do déficit de conhecimento e dos aspectos psicossociais

Considerando que o impacto da educação é mínimo quando os pacientes não mudam seus padrões comportamentais, é imprescindível que os educadores identifiquem os comportamentos inadequados para poder revertê-los.

Conhecer as variáveis que possam estar interferindo na mudança de comportamento para o autocuidado é condição essencial dentro dos programas educativos. Fatores psicossociais e comportamentais, como: crenças em saúde, grau de aceitação da doença, competência, suporte social, habilidades para o autocuidado, estratégias para enfrentamento das situações, locus de controle, bem-estar emocional, maturidade cognitiva, estado de saúde, complexidade dos regimes terapêuticos e estruturação dos serviços de saúde são determinantes dos comportamentos relacionados ao diabetes.

Existem muitas dificuldades em educar para a mudança efetiva de comportamento. **Aumentar os conhecimentos e as habilidades não é suficiente.** É preciso que a pessoa diabética acredite que existe a necessidade de mudanças para preservar o bem-estar, prevenir ou reverter descompensações e perceba que as vantagens em modificar determinados comportamentos são maiores que as desvantagens.

O contato com o diagnóstico de uma doença crônica desencadeia perda da auto-imagem. Este processo é freqüentemente acompanhado de negação da realidade, revolta, barganha, depressão e aceitação. O educador experiente reconhece estes momentos e sabe que nas fases em que o paciente ainda não aceita

sua doença, somente é possível ensinar-lhe as condições básicas para a sobrevivência, ou seja, insulinoterapia, descompensações agudas e noções básicas sobre alimentação. Os familiares, embora também sob o impacto do diagnóstico, podem ajudar muito nestas diferentes fases sob orientação do educador. A motivação para o aprendizado torna-se cada vez mais efetiva na fase de aceitação da doença.

Educar para tornar a pessoa diabética competente para todas as experiências da vida diária, relacionada ou não com a doença, é de extrema importância no controle do diabetes.

Conhecer as estratégias de enfrentamento utilizadas pela pessoa diabética, ou seja, saber como ela percebe a sua situação e quais atitudes toma diante dela é condição essencial para que o processo educativo seja direcionado para as reais necessidades.

Saber até que ponto o paciente diabético acredita que pode influenciar o curso de sua doença (locus de controle interno) também tem valor na educação pois, quando ele atribui a responsabilidade de sua saúde a outras pessoas ou a forças externas (locus de controle externo), a chance de ele aderir ao tratamento é menor.

A identificação das dificuldades relacionadas ao suporte familiar, social e dos serviços de saúde, bem como aquelas decorrentes da complexidade dos esquemas terapêuticos, pode permitir a atuação do educador no sentido de reverter tais dificuldades ou procurar desenvolver com o paciente estratégias mais adequadas para o enfrentamento delas.

As diferentes fases da vida também apresentam grande influência na motivação e na habilidade de aprendizado para o manejo do diabetes. Independentemente da idade em que se encontra a pessoa diabética, o educador deve sempre considerar que a vida não é uma constante e que eventos inesperados podem acontecer favorecendo os descontroles. Nesses momentos, as abordagens educativas talvez tenham de ser redirecionadas e individualizadas para o desenvolvimento de novas maneiras de enfrentamento da situação vigente.

Tendo em vista a cronicidade do diabetes, o educar implica em capacitar os portadores desta doença a problematizar sobre sua condição, desencorajando a acomodação e estimulando sempre a opção, visando a mudança de uma realidade passível de ser mudada por eles.

Avaliação do déficit de conhecimento e dos aspectos psicossociais

(ANDERSON,1998;RUBIN,1998)

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Compreensão sobre diabetes • Crenças em saúde • Locus de controle • Auto-eficácia • Intenções comportamentais • Habilidade para a autocuidado • Habilidade para o autocontrole | <ul style="list-style-type: none"> • Habilidade de “coping” • Ajustamento psicossocial • Estado de saúde • Suporte social • Influências contextuais • Prontidão para mudanças • Fatores organizacionais relacionados ao serviço de saúde |
|--|---|

Desenvolvimento de habilidades de sobrevivência

As habilidades de sobrevivência incluem as informações necessárias que o paciente diabético deve ter para poder sobreviver com o diabetes, ou seja, evitar

hipoglicemias graves ou hiperemias agudas. O quadro a seguir pontua os itens das informações consideradas essenciais para se desenvolver dentro de um programa educativo para pacientes e familiares.

Desenvolvimento de habilidades de sobrevivência

(Smeltzer;Bare,1993)

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Noções gerais sobre diabetes • Modalidades de tratamento • Aplicação de insulina • Informações básicas sobre dieta • Monitorização domiciliar | <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecimento, tratamento e prevenção • Hipoglicemia • Hiperglicemia • Informações adicionais • Aquisição e conservação da insulina e fitas • Comunicação com a equipe |
|---|--|

Monitorização da glicemia capilar

Representa um importante avanço no controle metabólico do diabetes mellitus, pois seus resultados são imediatos e correlacionados com os valores laboratoriais, permitem a compreensão da interação entre dieta, medicação e exercícios e promovem o senso e a responsabilidade de controle nos pacientes. Desde que os seus resultados sejam analisados dentro do contexto da terapêutica estabelecida e da vida diária do paciente, visando os níveis ideais de controle glicêmico, a monitorização deve ser incorporada ao longo da vida do paciente como uma prática de

autocuidado na prevenção do desenvolvimento e progressão das complicações crônicas inerentes à doença.

As pessoas diabéticas e seus familiares, desde que bem orientados para a interpretação dos resultados destes exames domiciliares, podem ser capacitadas para realizar os ajustes diários no tratamento, o que favorece a independência para o tratamento.

Por meio da monitorização da glicemia, é possível estabelecer, juntamente com a equipe, as metas para o adequado controle da glicose no sangue (vide quadro a seguir), o que é de extrema importância para evitar as complicações do diabetes.

Valores glicêmicos*	Bom	Aceitável	Ruim
Jejum	80 - 120 mg/dl	≤ 140 mg/dl	>140 mg/dl
Após as refeições (90 a 120 minutos)	80 - 160 mg/dl	≤ 180 mg/dl	>180 mg/dl
Ao deitar	100 - 140 mg/ dl	≤ 160 mg/ dl	< 100 mg/ dl >160 mg/ dl

Legenda: ≤ (menor ou igual); > (maior); < (menor)

*Conforme recomendações da AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2000

Monitorização da glicose e cetonas na urina

O exame de **glicosúria** indica a presença anormal de glicose (açúcar) na urina. Os resultados dos testes não representam, com confiabilidade, a glicemia, porque não são capazes de acusar baixas quantidades de glicose no sangue e também porque só acusam a presença de glicose na urina quando a glicose no sangue está maior que 180mg/dl. Apesar disso, o exame da glicosúria, quando realizado com regularidade e em diferentes momentos do dia (de acordo com a orientação da equipe de diabetes), pode ajudar a equipe no tratamento do diabetes quando a monitorização da glicemia capilar é inviável. As tiras reagentes que permitem dosagem semiquantitativa da

Reconhecimento, tratamento e prevenção de hipoglicemia

A **hipoglicemia** ocorre quando a glicose no sangue fica menor que 60mg/dl.

Causas de hipoglicemia	
• Alimentação insuficiente; atraso no horário ou esquecimento de alguma refeição;	• Excesso de exercícios (esportes e trabalhos pesados) ou falta de planejamento para a realização de exercícios
• excesso de insulina;	• Vômitos ou diarreia
• Ingestão de bebidas alcoólicas, principalmente com estômago vazio;	

Sinais e sintomas da hipoglicemia		
Leve	Moderada	Grave
<ul style="list-style-type: none"> Tremores, fraqueza Suor intenso Palpitações Palidez Ansiedade Fome 	<ul style="list-style-type: none"> Tontura, visão dupla Esquecimento, incapacidade de concentração Dor de cabeça Irritabilidade, choro, rebeldia Fala confusa, confusão mental Perda da coordenação motora, dificuldade para caminhar 	<ul style="list-style-type: none"> Sonolência, convulsões e <u>inconsciência</u>

Tratamento(domiciliar ou no serviço de saúde)	
<p>Nas hipoglicemias leves e moderadas</p> <ul style="list-style-type: none"> Verificar a glicemia, se menor que 60 mg/dl Tomar 1 copo (150 a 180 ml) de suco natural de frutas, ou 1 copo (150 a 180 ml) de refrigerante normal ou, 3 colheres (chá) de açúcar, ou colheres (chá) de geléia normal Esperar 15 minutos e verificar novamente a glicemia ou a regressão dos sintomas Se a glicemia continuar menor do que 60 mg/dl ou persistirem os sintomas, repetir o tratamento Após o desaparecimento dos sintomas fazer um pequeno lanche (1 fatia de queijo com 4 biscoitos salgados ou um copo de leite integral ou meio sanduíche) 	<p>Nas hipoglicemias mais graves</p> <ul style="list-style-type: none"> Se o paciente estiver sonolento e sem vontade ou recusando ingerir alimentos ou líquidos, esfregar açúcar na parte de dentro da bochecha. Quando o paciente já não faz contato com o meio, não responde aos chamados, apresenta convulsões ou inconsciência, administrar o GLUCAGON, conforme a orientação da equipe de diabetes ou levar ao pronto socorro

Prevenção	
<ul style="list-style-type: none"> Alimentar-se em quantidade adequada e em horários regulares, conforme recomendado Verificar a glicemia com regularidade Ingerir alimentos habituais antes da realização de exercícios O consumo de álcool deve ser evitado e, se consumido, deve ser na dose recomendada e sempre junto com as refeições; 	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer e tratar rapidamente os sintomas Certificar- se de que a dose de insulina corresponde com exatidão à prescrição médica Carregar sempre algum alimento (recomendado para o tratamento) e um cartão de identificação Ensinar as pessoas sobre hipoglicemias

Reconhecimento, tratamento e prevenção de hiperglicemia**Causas de hiperglicemia**

• Excesso de alimentação	• Inatividade física ou redução na atividade física habitual
• Pouca quantidade de insulina, esquecimento da aplicação ou uso de insulina vencida	• Pratica de exercícios físicos com glicemia elevada e presença de cetonúria
• Presença de doenças febris e traumáticas agudas	• Uso de drogas hiperglicemiantes
• Estresse emocional intenso	

Sinais e sintomas da hiperglicemia

• Muita sede	• Náuseas e vômitos
• Boca seca	• Respiração rápida e profunda
• Aumento excessivo da quantidade de urina	• Dor de cabeça
• Hálito cetônico	• Visão turva
• Dor abdominal	• Fadiga
• Rubor facial	• Alterações do humor
• Perda de peso	• Sonolência e prostração

Tratamento(domiciliar ou no serviço de saúde)

1. Verificar a glicemia capilar (glicose no sangue) a cada 3 horas e se maior que 250mg/dl fazer cetonúria (dosagem de cetonas na urina);	5. Não interromper, de forma nenhuma, o tratamento com a insulina;
2. Caso a dosagem de glicemia capilar(glicose no sangue) não seja possível, verificar glicosúria (glicose na urina) e cetonúria (cetonas na urina) de hora em hora;	6. Tratar a doença febril ou traumática sob orientação médica;
3. Se a glicemia estiver maior que 250mg/dl e a glicosúria maior que 1000mg/dl, com cetonúria presente , entrar em contato com a equipe de diabetes pois, nestas condições, uma dose extra de insulina regular (de ação rápida) geralmente é necessária;	7. Entrar em contato com a equipe de diabetes se: • a glicemia permanecer maior que 250 mg/dl, por mais de 2 dias; • a cetonúria continuar presente; • o vômito, a prostração e a sonolência persistirem; • tiver qualquer dúvida.
4. Ingerir água em pequenas quantidades a cada 20 ou 30 minutos (250ml a cada hora);	

Como prevenir

• Reavaliar o plano alimentar e o esquema de tratamento com os profissionais de saúde;	• Verificar glicemia e cetonúria antes da realização de exercícios físicos;
• Tratar precoce e adequadamente as doenças;	• Não realizar exercícios físicos se a hiperglicemia estiver acompanhada de cetonúria.

Insulinoterapia**• Insulinas**

Existem inúmeras preparações de insulina colocadas em disponibilidade no mercado, pelas indústrias farmacêuticas nacionais e internacionais.

As insulinas diferem entre si com relação aos seguintes aspectos: origem dos cristais, grau de purificação e tempo de ação.

Um quadro com a classificação geral das insulinas pode ser visualizado a seguir:

Classificação geral das insulinas (adaptado das Recomendações da SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2000)

<i>Insulinas de origem animal</i>						
ORIGEM	TIPO	NOMES COMERCIAIS	PERFIL DE AÇÕES (HORAS)			PURIFICAÇÃO (em PPM de pró- insulina)
			INÍCIO	PICO	DURAÇÃO	
MISTAS (BOVINA + SUÍNA)	NPH	IOLIN N*	4 - 6	8 - 14	20 - 24	ALTAMENTE PURIFICADAS (< 10 PPM)
	REGULAR	IOLIN R*	0,5 - 2,0	3 - 4	6 - 10	
SUÍNAS	NPH	NEOSULIN N* MONOLIN N* PROTAPHANE*	4 - 6	8 - 14	20 - 24	MONOCOMPONENTES (< 1 PPM)
	LENTA	NEOSULIN L* MONOTARD MC*	4 - 6	8 - 14	20 - 24	
	REGULAR	NEOSULIN R* MONOLIN R* ACTRAPID MC*	0,5 - 2	3 - 4	6 - 10	

<i>Insulinas de origem Humana</i>						
TIPO	NOMES COMERCIAIS	PERFIL DE AÇÕES				PURIFICAÇÃO (em PPM de pró- insulina)
		INÍCIO	PICO	DURAÇÃO EFETIVA	DURAÇÃO MÁXIMA	
NPH (H)	BIOHULIN N** NOVOLIN N** HUMULIN N** INSUMAN N**	2 - 4	6 - 10	10 - 16	14 - 18	MONOCOMPONENTES (< 1 PPM)
LENTA (L)	BIOHULIN L* NOVOLIN L* HUMULIN L*	2 - 4	6 - 12	12 - 18	16 - 20	MONOCOMPONENTES (< 1 PPM)
ULTRA-LENTA (U)	BIOHULIN U* NOVOLIN U*	6 - 10	10 - 16	18 - 20	20 - 24	MONOCOMPONENTES (< 1 PPM)
RÁPIDA (R)	BIOHULIN R** NOVOLIN R** HUMULIN R** INSUMAN R**	0,5 - 1,0	2 - 3	3 - 6	6 - 8	MONOCOMPONENTES (< 1 PPM)
ULTRA-RÁPIDA (UR)	HUMALOG**	0,25	0,5 - 1,5	3 - 4	4 - 6	MONOCOMPONENTES (< 1 PPM)
PRÉ-MISTURAS (N+R)	BIOHULIN 70/30** BIOHULIN 80/20** BIOHULIN 90/10** NOVOLIN N 70/30** NOVOLIN N 80/20*** NOVOLIN N 90/10*** HUMULIN N 70/30** INSUMAN COMB 85/15** INSUMAN COMB 75/25**	mesmos das insulinas NPH e R	MONOCOMPONENTES (< 1 PPM)			
PRÉ-MISTURA (N+UR)	HUMALOG MIX 25***	mesmos das insulinas NPH e UR	MONOCOMPONENTES (< 1 PPM)			

*Disponível somente em frascos de 10 ml

** Disponível em frascos de 10 ml e em refil para canetas

*** Disponível somente em refil para canetas

• ***Cuidados com a conservação das insulinas***

As insulinas apresentam boa estabilidade e têm sua ação biológica preservada, por aproximadamente dois anos, desde que devidamente armazenadas. Elas são sensíveis à luz e às variações extremas de temperatura, portanto **não devem ser expostas a temperaturas menores que 2°C ou maiores que 30°C**. O excesso de agitação do frasco contribui para a perda da potência da insulina e a formação de grumos e precipitação. O frasco em uso **pode ser mantido à temperatura ambiente (entre 15 e 30°C) por aproximadamente 30 dias**, com o objetivo de reduzir a irritação no local de aplicação que pode ocorrer quando insulina gelada for administrada. Entretanto, manter a insulina por mais de 30 dias fora da geladeira implica em perda da potência do medicamento. Os frascos de reserva devem ser conservados na porta da geladeira, em sua parte inferior (entre 2 e 8°C). Durante viagens, a insulina **não deve ser transportada em recipientes contendo gelo**. Ela pode ser mantida em temperatura ambiente desde que protegida de temperaturas extremas (maiores que 30°C) e da luz, podendo retornar à geladeira. Frascos abertos podem ser mantidos em refrigerador por 3 meses sem prejuízo da potência da insulina. Não utilizá-la quando houver: turvação da insulina regular, precipitação e formação de grumos na insulina NPH ou congelamento em qualquer das insulinas.

• ***Métodos de aplicação***

Seringas e agulhas

Tendo em vista que todas as insulinas disponíveis no mercado são de 100 U/ml, as seringas também são padronizadas para esta concentração, diferindo apenas no tamanho. As seringas apresentam-se em três tamanhos: de 1ml, com capacidade total para 100U de insulina (cada traço da escala impressa corresponde a 2 unidades ou 0,02ml de insulina), de 0,5ml, com capacidade total para 50U de insulina (cada traço da escala impressa corresponde a 1 unidade ou 0,01ml de insulina) e de 0,3ml, com capacidade total para 30U de insulina (cada traço da escala impressa corresponde a 1 unidade ou 0,01ml de insulina). A escolha do tamanho depende da dose de insulina usada por aplicação. Estas seringas já são produzidas com agulhas apropriadas (12,7 e 8

mm de comprimento) e não-removíveis, tornando o procedimento de preparo bastante fácil, e a administração indolor e segura. As agulhas de 8 mm somente são indicadas para pessoas com índice de massa corporal (IMC) menor que 25. Outra vantagem adicional com o uso destas seringas é que elas eliminam o espaço morto contido na ponta da seringa assegurando a administração de toda a insulina preparada.

Recomenda-se que o material seja descartado após o uso, uma vez que a esterilidade de seringas reutilizadas não pode ser garantida. Entretanto, muitos pacientes, por dificuldades econômicas, reutilizam suas seringas inúmeras vezes. Nossa experiência tem mostrado que nem todos os que as reutilizam e agulhas também apresentam problemas. É necessário enfatizar que, com a reutilização, o risco de infecção é real, especialmente em pessoas desnutridas, na vigência de doenças e quando existe precariedade das condições higiênicas da pele. Além disso, com o reuso, as agulhas tornam-se tortas e rombudas, favorecendo o trauma tissular. Se a decisão final do paciente ou familiar for pela reutilização, alguns aspectos devem ser considerados na orientação: a técnica asséptica tem de ser criteriosamente observada, a seringa deve ser descartada sempre que a agulha tocar em qualquer outra superfície que não a pele (algodão, mesa, etc.), perder a graduação ou se tornar rombuda. O seu lado externo deve ser mantido seco, nunca passar álcool ou ferver a agulha e a seringa, aspirar pequena quantidade de ar para evitar a obstrução da agulha, o reencapé cuidadoso da agulha imediatamente após o uso é necessário e o acondicionamento deve ser preferencialmente em recipiente exclusivo para a seringa. Os pacientes que reutilizam as seringas e agulhas devem ter as regiões de aplicação criteriosamente observadas quanto à presença de rubor, calor e edema. O reaproveitamento de seringas e agulhas deve ser desencorajado pelos profissionais da saúde, pois todas as precauções citadas para a prevenção de problemas com o reuso são baseadas em observações empíricas.

Canetas aplicadoras

As injeções de insulina podem ser realizadas também, de forma bastante simples, por meio de canetas aplicadoras, dentro das quais um frasco pequeno e especial de insulina permanece inserido. As canetas são vantajosas, pois, além de permitirem

a retirada da dose com exatidão, dispensam o uso de seringas, sendo necessário apenas o uso de agulhas, que são descartadas após cada aplicação; são recarregáveis e podem ser facilmente transportadas no bolso, o que facilita a realização da injeção fora do ambiente domiciliar (viagens, trabalho, etc.). Além disso, para as pessoas com deficiências visuais, déficits neurológicos e aquelas que fazem uso de múltiplas doses diárias de insulina, o uso das canetas é muito conveniente.

Apesar de suas vantagens, as canetas somente podem ser utilizadas por pessoas que fazem uso de insulina humana, já que é a única disponível no mercado nos frascos especiais adaptáveis às canetas. Nos casos em que há necessidade de usar insulinas NPH e R (regular) ao mesmo tempo, duas punções são necessárias, ou, então faz-se a opção

pela utilização das insulinas pré-misturadas, existentes no mercado em diferentes proporções entre NPH e R, sempre por indicação médica.

• **Técnica de preparo e administração da insulina**

Preparo da injeção

O preparo da injeção de insulina é muito fácil e a pessoa com diabetes deve ser estimulada a realizá-lo. Para tanto, torna-se necessária uma avaliação criteriosa dos déficits visuais e neurológicos que possam estar presentes, dificultando a visualização das escalas de graduação impressas na seringa e a habilidade para o manuseio do material. A indicação ou adequação de óculos deve ser realizada e o uso de ampliadores de escala, disponíveis no mercado, pode ser necessário. A técnica asséptica de preparo será descrita a seguir.

- lavar cuidadosamente as mãos;
- reunir todo o material necessário ou seja, insulina prescrita, seringa com agulha e algodão embebido em álcool;
- homogeneizar a suspensão de insulina NPH com movimentos interpalmares suaves, tomando-se o cuidado de não agitar o frasco vigorosamente; proceder a desinfecção da borracha do frasco de insulina com algodão embebido em álcool 70%;
- retirar o protetor do êmbolo, mantendo o protetor da agulha;
- puxar o êmbolo, por sua extremidade inferior, até a graduação correspondente à dose de insulina prescrita, tomando-se o cuidado de não tocar a parte interna do mesmo;
- retirar o protetor da agulha e injetar o ar dentro do frasco de insulina, previamente desinfetado, pressionando o êmbolo até o seu final;
- sem retirar a agulha, posicionar o frasco de cabeça para baixo e puxar o êmbolo até a dose prescrita; tomando-se o cuidado de não tocar a parte interna do mesmo;
- se houver presença de bolhas de ar é possível eliminá-las golpeando-se sobre as mesmas com as pontas dos dedos e, assim que as bolhas atingirem o bico da seringa empurrar o êmbolo novamente e aspirar a quantidade de insulina faltante. As pequenas bolhas de ar não são perigosas se injetadas mas, a sua presença, reduz a quantidade de insulina a ser administrada;
- retirar a agulha do frasco, protegendo-a até o momento da aplicação.

Preparo de mistura de insulina NPH e R (regular)

A associação de insulinas NPH e R numa mesma aplicação tem sido bastante comum como uma alternativa terapêutica mais adequada de normalização da glicemia. Embora a indústria farmacêutica já tenha colocado à disposição no mercado as insulinas pré-misturadas em diferentes concentrações (90/10, 80/20, 70/30, 60/40 e 50/50),

nem sempre elas se adequam às reais necessidades do paciente, que, na maioria das vezes, precisa realizar a mistura no domicílio.

A técnica de mistura deve ser feita respeitando-se os mesmos princípios assépticos já descritos anteriormente; entretanto, para proceder à mistura sem permitir que a insulina NPH se misture com a R e vice-versa, os seguintes passos devem ser seguidos:

- injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina NPH no frasco de insulina NPH;
- retirar a agulha do frasco sem aspirar a insulina NPH;
- injetar o ar correspondente à dose prescrita de insulina R, no frasco de insulina R e retirar a dose; introduzir novamente a agulha no frasco de insulina NPH, no qual o ar foi previamente injetado e, puxar o êmbolo até a marca da dose total das duas insulinas. Se a retirada foi maior que a necessária, em hipótese alguma o excesso deve ser devolvido ao frasco. Descartar a insulina preparada e reiniciar o procedimento.

A associação de insulinas NPH e Lispro na mesma aplicação também tem sido utilizada com muita freqüência. O procedimento de mistura é feito da mesma forma descrita acima e a injeção deve ser administrada imediatamente.

A mistura de insulinas de ação rápida com insulinas de ação lenta não é recomendada pois o zinco(Zn^{2+}) une-se à insulina de ação rápida, retardando o início de sua ação.

• *Administração da insulina*

As injeções de insulina devem ser realizadas no tecido subcutâneo, que se situa abaixo da derme e é constituído de tecido areolar frouxo com volume variável de células adiposas. No tecido subcutâneo, encontra-se extensa rede de capilares venosos, arteriais e linfáticos, o que possibilita absorção da insulina de forma lenta. Para a realização da aplicação, os seguintes passos devem ser seguidos.

- proceder a antisepsia da pele com algodão embebido em álcool e esperar secar;
- fazer uma prega cutânea com o auxílio dos dedos indicador e polegar e introduzir a agulha num movimento firme e rápido num ângulo de 90° graus (perpendicular) em relação à pele. Em indivíduos muito magros, com tecido subcutâneo reduzido, a injeção deve ser feita à 45° graus com prega cutânea. Quando forem usadas agulhas de 5mm de comprimento(caneta) não é necessário a realização de prega cutânea;
- injetar suavemente a insulina. O procedimento de aspiração para verificar o retorno de sangue não é necessário com o uso de seringas e agulhas apropriadas. Aguardar 5 segundos antes de retirar a agulha da pele;
- retirar a agulha num movimento rápido e firme e comprimir o local sem massagear.

Se a injeção foi dolorosa ou houve extravasamento de sangue ou líquido, o local deve apenas ser comprimido por 5 a 8 segundos. Se o extravasamento ocorre com freqüência, é preciso investigar as causas e monitorizar a glicemia, pois uma dose menor de insulina está sendo administrada. Qualquer anormalidade nos locais de aplicação, como: hematomas, equimoses, edema, rubor, calor e dor devem ser criteriosamente avaliados pela enfermeira. A dor nos locais das injeções pode ser minimizada com pequenos cuidados como: aplicar a insulina à temperatura ambiente, retirar as bolhas de ar, esperar o álcool evaporar bem para que não penetre no local da punção, manter os músculos relaxados durante a aplicação, penetrar a pele rapidamente, não movimentar a agulha durante a aplicação e não reutilizar as agulhas.

Locais de aplicação e rodízio

A insulina é administrada no tecido subcutâneo da face externa e posterior do braço, da face antero-lateral da coxa, da parede abdominal (com exceção da

área de 2,5cm que circunda o umbigo), da cintura posterior e quadril. A insulina nunca deve ser aplicada próximo às articulações, nervos, grandes vasos sanguíneos, antebraços, regiões genital e gástrica e muito próximo ao umbigo. O rodízio nos locais de aplicação é necessário para a prevenção de lipodistrofia (hipo ou hiper), entretanto, é recomendável esgotar as possibilidades de punções numa mesma região(aproximadamente 7 aplicações), distanciando-as em aproximadamente 2cm a cada aplicação. O rodízio diário de região causa uma variabilidade muito grande na absorção da insulina a cada dia, sendo, desta forma, desaconselhável. Para a seleção do local de aplicação, o tempo de absorção para as diferentes regiões deve sempre ser levado em conta. **A velocidade de absorção é maior no abdômen seguido dos braços, coxas e nádegas.** Os exercícios podem aumentar a velocidade de absorção da insulina pelo aumento do fluxo sanguíneo na tela subcutânea da região exercitada, enquanto que as áreas com lipodistrofia provocam redução e irregularidades de absorção.

Problemas associados com a insulinoterapia

O tratamento insulinoterápico pode eventualmente provocar **hipoglicemia (glicemia menor que 60mg/dl)**, principalmente quando as doses de insulina são maiores que o necessário, quando se realiza muita atividade física, quando a ingestão alimentar for insuficiente, principalmente nos horários de pico de ação das insulinas, ou quando se omite algum lanche ou refeição no decorrer do dia.

Além da hipoglicemia, outros problemas menos comuns podem advir do tratamento com insulina, tais como: reações alérgicas locais e sistêmicas, lipodistrofias, infecção nos locais de aplicação e resistência à insulina por problemas de ordem imunológica.

A falta de adesão ao tratamento insulinoterápico deteriora de forma significativa o controle metabólico (aumento da glicemia) e compromete a vida das pessoas diabéticas, predispondo-as a complicações importantes, envolvendo coração, cérebro, rins, olhos e nervos. Em

algumas situações especiais (por exemplo, doenças febris, traumas físicos e emocionais ou estresse intenso), a glicemia também pode se elevar de forma importante e a pessoa com diabetes necessita, durante este período, de doses maiores de insulina. O aumento da glicemia em qualquer dos casos pode ser verificado pela presença de poliúria, polidipsia e mucosas secas, entre outros sinais e sintomas. Tanto as hiperglicemias como as hipoglicemias, que são descompensações diabéticas importantes, são passíveis de detecção e prevenção por meio da monitorização domiciliar da glicemia capilar.

Educação continuada, aprofundada e individualizada

Este item inclui o ensino de informações mais detalhadas quanto às habilidades de sobrevivência e tem como objetivos educar pacientes e familiares para as decisões a serem tomadas no dia-a-dia e em situações especiais, como: viagens e intercorrências, bem como enfatizar as medidas preventivas das complicações crônicas do diabetes.

Educação continuada, aprofundada e individualizada

- Ajustes insulinoterápicos a partir da monitorização glicêmica
- Variações na dieta
- Atuação em dias de doenças intercorrentes
- Preparo para festas e viagens e atividades competitivas
- Complicações crônicas e cuidados
- Controle dos fatores de risco(controle glicêmico, lipídeos, pressão arterial, obesidade, fumo)
- Ambiguidade do controle metabólico, obstáculos ambientais
- Efeitos adversos da terapêutica

Prevenção de úlceras diabéticas

Dentre as medidas preventivas das complicações a longo prazo da doença destaca-se aqui a prevenção de úlceras em membros inferiores. Um dos maiores desafios na prevenção de úlceras diabéticas é a incapacidade de manutenção da integridade cutânea que os pacientes apresentam devido à neuropatia, doença vascular periférica e imunocomprometimento. A avaliação criteriosa do grau desta incapacidade para a adequação de medidas de prevenção são os objetivos na consulta de enfermagem a estes pacientes.

As **disfunções sensoriais objetivas** que caracterizam a neuropatia periférica e que

comprometem a integridade cutânea podem ser avaliadas de forma bastante simples e não invasiva por meio dos monofilamentos de Semmes-Weinstein* e do diapasão de 128hz*, os quais possibilitam testar a sensibilidade tátil, dolorosa e vibratória.

As **disfunções sensoriais subjetivas** relatadas pelo paciente como dor (noturna, esporádica e que cede espontaneamente), formigamento, sensação de picadas e de queimação nos membros inferiores devem ser valorizadas pois são sintomas comumente oriundos da **neuropatia periférica**.

As **disfunções motoras** decorrentes da lesão dos nervos motores podem ser avaliadas pela presença de deformidades nos pés como dedos em garra, hálux em martelo, calosidades plantares nas cabeças

* Para maiores informações consultar: 1.Brasil. Ministério da Saúde. **Guia de Controle da Hanseníase**. 2ed. Brasília. Fundação Nacional de Saúde,1994. 2.Lehman, L.F. et al. **Avaliação Neurológica Simplificada**. Belo Horizonte, ALM Internacional,1997.

metatarsianas com hiperquertose e calos. Estas alterações geralmente favorecem o espessamento e encravamento das unhas e o desenvolvimento de úlceras.

As **disfunções do sistema nervoso autônomo**, decorrentes da neuropatia autonômica, podem ser avaliadas pelas condições da pele dos membros inferiores, que, geralmente, se encontra seca, fina e fissurada. Tais modificações também comprometem a capacidade do paciente em manter a integridade cutânea. Alterações na pele, associadas à hipotensão postural e ausência dos sinais adrenérgicos de hipoglicemia, confirmam o envolvimento do sistema nervoso autônomo.

As **alterações na circulação periférica** podem ser avaliadas através de sinais isquêmicos presentes nos membros inferiores, especialmente nos pés. A pele encontra-se seca, descamativa, com ausência de pêlos e propensa ao desenvolvimento de fissuras, sobretudo na região calcânea e nos artelhos. Os pulsos femurais, poplíteos, tibiais posteriores e dorsais do pé devem ser avaliados quanto à presença, diminuição ou ausência. As alterações isquêmicas das extremidades podem determinar também a presença de claudicação intermitente e atrofia muscular nas pernas e nos pés. A dor isquêmica, que pode ser mascarada pela neuropatia periférica, manifesta-se aos esforços do caminhar, com o frio e após fartas refeições. Quando a isquemia progride, a dor aparece em repouso, geralmente todas as noites, sendo relatada como insuportável e não cessando espontaneamente. O alívio da dor pode ser obtido quando os membros inferiores são mantidos em declive.

Os principais cuidados e considerações sobre eles, a partir da literatura específica e da nossa experiência com o grupo de pacientes, estão descritos a seguir:

- A higiene dos pés e pernas deverá ser feita diariamente com água morna corrente e sabonete neutro. Não é recomendável manter os pés mergulhados em água quente devido à possível incapacidade de discriminação térmica.

- A secagem dos pés precisa ser completa, especialmente entre os dedos.

- Se a pele estiver seca, é recomendável o uso de creme hidratante em pequenas quantidades, tomando-se o cuidado de não permitir que o excesso de creme permaneça entre os dedos, favorecendo a maceração da pele. Uma massagem pode ser aplicada neste momento simultaneamente à observação

criteriosa dos dois pés quanto a: calosidades, calos, fissuras, bolhas, pontos de pressão ou trauma, cor da pele, espessamento e encravamento das unhas ou qualquer outra anormalidade.

- As unhas tem de ser cortadas em ângulo reto e os cantos nunca devem ser removidos, pois sua remoção deixa, com freqüência, uma porção profunda de unha intacta no sulco ungueal distal, que acaba crescendo dentro da pele, provocando lesões, infecção e dor. Os cantos podem ser ligeiramente aparados com uma lixa fina de unha. Se as unhas estiverem espessas e deformadas, é recomendável um tratamento podológico com o intuito de mantê-las finas, evitando a formação de fissuras sob o leito ungueal.

- Os pontos de pressão, que são os principais precursores da formação de calos, calosidades e lesões podem ser evitados, na grande maioria dos casos, através do uso de calçados adequados. São considerados adequados os calçados que suportam e protegem os pés contra traumas mecânicos, de forma confortável. Eles devem sempre estar em bom estado de conservação, sem objetos pontiagudos em seu interior e não possuir costuras que possibilitem traumatismos. Como não existem sapatos ideais, é aconselhável trocá-los no decorrer do dia para alternar os possíveis pontos de pressão existentes, principalmente quando o sapato é novo. A aquisição de sapatos novos deve ser feita preferencialmente no período da tarde, momento no qual os pés tendem a estar mais edemaciados, evitando, assim, a compra de sapatos apertados. Por outro lado, o uso de calçados muito largos também não é indicado, pois favorece o atrito e a formação de bolhas. Os sapatos devem ser usados sempre com meias e as mais indicadas são as de algodão e de lã, não apertadas e nem folgadas, sem costuras, que precisam ser trocadas pelo menos uma vez ao dia. Meias coloridas podem ser usadas, mas as de cor clara, sobretudo as brancas, são recomendadas por permitirem melhor avaliação da perda da integridade cutânea, se existir. As meias não podem ser usadas com ligas que impedem a circulação adequada. É necessário lembrar que meias muito grossas exigem calçados mais largos, caso contrário favorecem o atrito e a formação de pontos de pressão. O uso de chinelos não é recomendado especialmente para aqueles que já apresentem alterações de sensibilidade diagnosticadas com os monofilamentos.

- Não é recomendável o corte e o uso de substâncias químicas para a remoção de calos e

calosidades. Os mesmos podem ser mantidos finos com o uso regular e muito cuidadoso de lixas finas ou pedras apropriadas para a remoção de aspereza. Protetores adesivos devem ser evitados, pois favorecem a formação de bolhas, principalmente em pacientes com pés insensíveis. Quando os calos estiverem provocando dor, é indicado tratamento com podólogo, que adotará as medidas necessárias e adequadas para cada caso.

• Os pacientes que já apresentam deformidades, calosidades ou lesões podem necessitar de palmilhas especiais ou curativos acolchoados para diminuir a pressão sobre as saliências ósseas, promover acolchoamento e dar suporte adicional para os pés. Estas palmilhas e acolchoamentos devem ser macios, trocados periodicamente e os sapatos, nestes casos, devem ser grandes o suficiente para acomodá-los; caso contrário, novos pontos de pressão serão gerados no dorso dos pés.

• A confecção de calçados especiais poderá ser indicada nos casos de deformidades, especialmente a de Charcot. Estes pacientes podem ser beneficiados também com o uso de meia fina sob a meia regular, pois isto propicia uma fricção na interface entre as meias, ao invés da pele, diminuindo a possibilidade de formação de bolhas.

• Aquelas com perda da sensibilidade protetora, nunca devem andar sem calçados, mesmo dentro de casa e nem devem fazer uso de compressas quentes, bolsas de água quente e almofadas elétricas. O uso de protetores solares são indicados durante a exposição solar maior que a usual.

• Os pacientes diabéticos, confinados ao leito, são extremamente vulneráveis ao trauma, especialmente na região calcânea. Pela ausência de sensibilidade, existe a tendência de manter os pés sempre na mesma posição, propiciando a formação de eritema, ulcerações, necrose e infecção. Estes pacientes devem ter seus calcanhares protegidos e observados, pelo menos duas vezes ao dia.

• Os pacientes diabéticos devem ser encorajados a realizar atividades físicas com regularidade, para ter melhor circulação periférica. Caminhadas e exercícios leves que possibilitam o trabalho muscular dos membros inferiores não têm contra-indicação, desde que realizados com calçados adequados.

• Se mesmo com a adoção de medidas preventivas houver perda da integridade cutânea, os pacientes devem ser orientados a recorrer prontamente ao serviço de atendimento ao diabético.

Estratégias para mudança de comportamento

Conhecer os fatores individuais que determinam os comportamentos relacionados ao diabetes é fundamental no desenvolvimento de habilidades para o autocuidado. Estes fatores incluem as crenças em saúde, auto-eficácia, locus de controle, entre outros já citados anteriormente. O paciente, a família e o educador em diabetes devem trabalhar juntos para desenvolver um plano individualizado de tratamento e educação para promover e manter padrões de cuidados que o paciente tenha escolhido seguir.

Estratégias para mudança de comportamento

(CLEMENT, 1995; LORENZ, 1996; ANDERSON, 1998; RUBIN, 1998)

- Enfatizar a pessoa na sua totalidade;
- Individualizar o tratamento;
- Construir o desejo de mudança;
- Lidar com fatores que possam afetar o controle do diabetes (déficit de conhecimento e aspectos psicossociais);
- Estabelecer processo colaborativo e não essencialmente prescritivo;
- Ir de encontro a agenda do paciente;
- Considerar e aceitar mudanças gradativas
- Focalizar os comportamentos e não os resultados;
- Estabelecer plano específico: o que, como, onde, quando, quem e com que frequência;
- Resolver os problemas passo a passo;
- Dar reforço positivo aos comportamentos de autocuidado realizados ao invés de focalizar os que foram negligenciados;
- Fazer perguntas e ouvir as respostas;
- Considerar a prontidão para as mudanças;
- Admitir flexibilidade no plano terapêutico;
- Usar estratégias positivas (contratos, suporte familiar, contato entre as consultas, prontidão e feedback da equipe)

Considerações finais

Não se pode negligenciar que, sendo o diabetes mellitus uma doença crônica que requer toda uma vida de comportamentos especiais de autocuidado, dar liberdade ao paciente e cuidador de fazer opções no autocontrole é condição essencial para mudança efetiva de comportamento. É preciso considerar ainda que mudanças de comportamento tão significativas quanto as que se esperam do paciente diabético não podem ser impostas e somente se fazem ao longo do tempo com a compreensão da necessidade de mudança. Sensibilizar os diabéticos para compreender essa necessidade de alterações pessoais no estilo de vida é papel fundamental dos profissionais envolvidos com diabetes. Considerar e aceitar mudanças gradativas, dando reforço positivo aos comportamentos de autocuidado realizados, ao invés de focalizar somente os que foram negligenciados, são atitudes que se deve ter para ajudar nas adaptações desejadas do estilo de vida. Por estes motivos, adotar uma postura de decidir junto com o paciente quais medidas são mais pertinentes e passíveis de execução, por meio de um processo colaborativo e não essencialmente prescritivo, encoraja-os a assumir a responsabilidade de seu próprio controle e acredita-se, que somente assim a adesão se concretize.

A realização de atividades grupais, envolvendo os familiares, para a discussão dos aspectos positivos do tratamento, bem como das dificuldades encontradas, é uma estratégia importante no manejo do diabetes.

Campanhas de detecção e de esclarecimento sobre o diabetes devem ser articuladas junto às Associações de Diabetes.

Ao final deste capítulo a(o) enfermeira(o) deverá obter subsídios para:

- reconhecer a importância do componente educativo no cuidado dos pacientes diabéticos;
- identificar os principais problemas associados ao uso de medicações;
- utilizar recursos de avaliação e seguimentos dos pacientes diabéticos através da consulta de enfermagem e visita domiciliar.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção. Coordenação de Doenças Crônicas-Degenerativas. Diabetes mellitus: guia básico para diagnóstico e tratamento. Brasília, 1996.

DAMIANI, D. Qual a melhor maneira de tratar o diabetes mellitus. In: SETIAN, N.; DAMIANI, D.; DICHICKENIAN, V. Diabetes mellitus na criança e no adolescente: encarando o desafio. Cap. 10, p. 57 -76. São Paulo, Sarvier, 1995.

GAMBA, M. A. A importância da assistência de enfermagem na prevenção, controle e avaliação à pacientes portadores de diabetes com neuropatia e vasculopatia. Acta Paul. Enf. v. 4, nº. 2/4, pp. 7-19, 1991.

GROSSI, S. A. A. Prevenção de úlceras em membros inferiores em pacientes com diabetes mellitus. Rev. Esc. Enf. USP., v. 32, nº. 4, 377 – 85, 1998.

GROSSI, S. A. A. Tratamento insulinoterápico da pessoa com diabetes mellitus. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. Parte 3, cap. 24.2. São Paulo, Atheneu, 2000.

GROSSI, S. A. A. Monitorização da glicemia em pacientes com diabetes mellitus insulino-dependente: relato de experiência. Revista Pediatria (São Paulo), v. 20, nº. 2, pp. 154 – 60, 1998.

KOZAK, G. P. et al. Tratamento do pé diabético. 2º.ed. Rio de Janeiro, Interlivros, 1996.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. Bunner/Suddarth Tratado de enfermagem médica - cirúrgica. Cap. 39, pp. 873 - 915: Avaliação e conduta de pacientes com diabetes mellitus. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1993.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Consenso Brasileiro de conceitos e condutas para o diabetes mellitus: recomendações da Sociedade Brasileira de Diabetes para a prática clínica. São Paulo, 1997.

TEIXEIRA, M. J.; PIMENTA, C. A. M; GROSSI, S. A. A.; CRUZ, D. A. L. M. Avaliação da dor: fundamentos teóricos e análise crítica. Rev. Med., Edição especial: Dor neuropática. V. 78, nº.2, pt.1, pp. 85-114, 1999.

Controle da Dor no Domicílio¹

Cibele Andruccioli de Mattos Pimenta²

Dor é uma das principais causas de procura pelo sistema de saúde. Quando não controlada, é descrita como responsável pelo aumento da ocorrência ou agravamento de complicações, especialmente pós-operatórias e pós-traumáticas, pelo prolongamento das internações, por aumento dos custos e pela menor satisfação do doente com os tratamentos. Está entre as principais causas de sofrimento, desgaste físico, psíquico e social, prejuízo às atividades de vida diária, piora da qualidade de vida, absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade em condições crônicas. Disto resulta a importância de se preparar os profissionais de saúde para lidarem com o tema.

Dor: Conceitos básicos

Dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor como “uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências anteriores...” Dessa definição corrobora-se que a relação lesão tecidual e dor não é exclusiva ou direta e que na experiência dolorosa aspectos sensitivos, emocionais e culturais estão imbricados de modo indissociável. Depreende-se, ainda, que dor é sempre uma experiência subjetiva que pode ser compartilhada a partir do relato de quem a sente. A dor pode ser classificada em aguda, crônica, neuropática e nociceptiva.

A dor aguda está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, há expectativa de desaparecimento após a cura de lesão, a delimitação temporo-espacial é precisa, há respostas neurovegetativas associadas (elevação ou diminuição da pressão arterial, taquicardia, taquipneia, entre outras), ansiedade e agitação psicomotora. Essas respostas são freqüentes e têm a função biológica de alertar o organismo sobre a agressão.

A dor crônica é aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente. Não tem mais a função biológica de alerta, geralmente não há respostas neurovegetativas associadas ao sintoma, é mal delimitada no tempo e no espaço e ansiedade e depressão são respostas emocionais freqüentemente associadas ao quadro. É de controle mais difícil e muitas vezes não se observa relação entre a existência e a magnitude de lesão tecidual e a queixa de dor. A dor crônica é causa de inúmeros afastamentos do trabalho, de ônus ao sistema de saúde e à sociedade e de sofrimento ao indivíduo e à sua família. São exemplos de dor crônica: dores oncológicas, lombalgias, cefaléias, lesões por esforços repetitivos, fibromialgia, neuropatia dolorosa diabética e dor pós-herpes zoster, entre outras.

A dor neuropática decorre de lesão parcial ou total de vias sensitivas do sistema nervoso periférico ou central, como nos casos de neuropatia dolorosa diabética, neuralgia do trigêmeo, dor após acidente vascular cerebral, invasão de nervos ou plexos por tumores, etc.

A dor nociceptiva é aquela decorrente da elevada síntese de substâncias inflamatórias (algiogênicas-que geram dor) como nos casos de cortes, fraturas, infecções etc.

A dor mista é aquela em que há elementos neuropáticos e nociceptivos. É comum nas dores crônicas.

O tratamento da dor neuropática e nociceptiva apresenta diferenças.

Avaliação da experiência dolorosa

Esta avaliação é fundamental para se compreender o quadro, a implementação de medidas analgésicas e a verificação da eficácia das terapias instituídas. Os métodos são basicamente inferenciais e estão baseados, principalmente, no auto-relato. Deve ser realizada a intervalos regulares e bem documentada.

A avaliação da dor compreende o exame clínico (história da doença, exame físico, exames laboratoriais e de imagem), a caracterização da dor, de sua repercussão nas atividades de vida diária e a investigação de elementos psíquicos e socioculturais significativos. A síntese dos aspectos a serem investigados está no Quadro 1.

A **avaliação** do doente compreende a realização de exame físico geral, com atenção especial aos sistemas neurológico e músculo-esquelético. A palpação permite identificar áreas e pontos dolorosos, contraturas, atrofias, flacidez e limitação da movimentação articular. Alterações da sensibilidade freqüentemente acompanham as dores neuropáticas. Identificar tais alterações é muito importante para orientar o doente no uso de métodos para o controle da dor (por exemplo, o alívio das contraturas musculares) e cuidados que devem ter devido à perda de sensibilidade.

O **uso prévio** de fármacos e de outras terapias analgésicas, os resultados obtidos, e a existência de hábito pregresso ou atual de consumo de drogas ilícitas devem ser investigados.

Deve-se obter a descrição das **características da dor** (local, início, intensidade, qualidade, etc.) e da influência dela no comportamento geral e nas atividades de vida diária do indivíduo e se observar a existência de comportamentos de dor: vocalização (choro, gemidos), expressão facial (contração muscular), movimento corporal (posturas de proteção e viciosas). A mensuração de parâmetros biológicos (pressão arterial, freqüências cardíaca e respiratória) é mais utilizada na dor aguda, devido à adaptação das respostas neurovegetativas que ocorre na dor crônica.

A **intensidade** é, sem dúvida, aspecto saliente da dor. Diversos instrumentos podem ser utilizados para sua averiguação, conforme apresentados na Figura 1.

Para a avaliação das **inabilitades, incapacidades e prejuízo social** advindos da síndrome dolorosa avaliam-se a movimentação, a deambulação, o padrão de sono, a atividade sexual, o apetite, a alimentação, o desempenho de atividades domiciliares e laborativa, a recreação, a solicitação e ingestão de medicamentos, o relacionamento interpessoal, a atividade sexual e o humor. Por exemplo, pode-se graduar o prejuízo ao sono utilizando-se palavras como: nenhum, um pouco, muito e totalmente ou graduando-se numericamente, por exemplo: entre 0 e 10, onde 0 significa não haver interferência da dor e 10 significa interferência máxima.

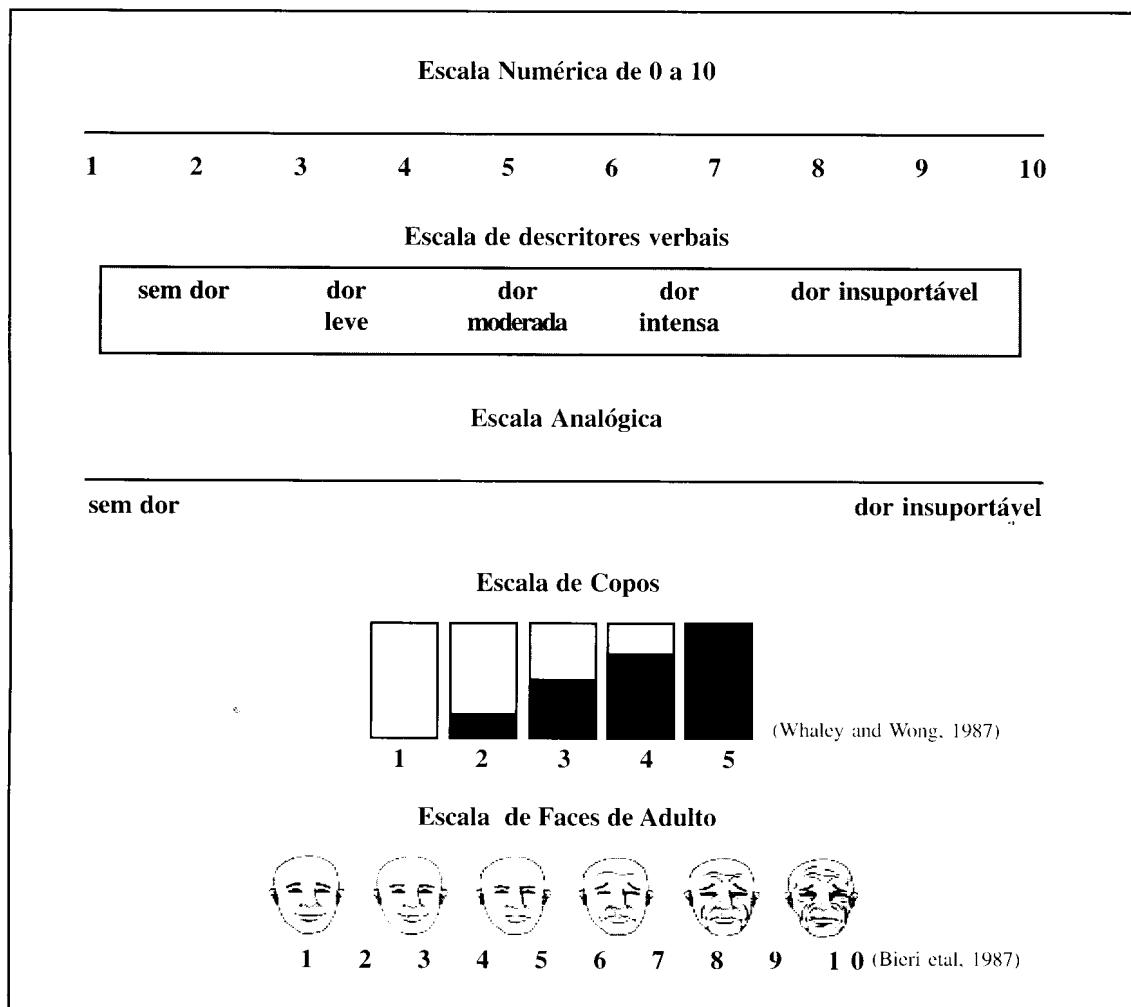
Quadro 1 - COMPONENTES DA AVALIAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DOLOROSA

Características da dor	Prejuízos advindos da dor
Data de início (quando)	Dor aguda
Localização (onde)	Sono
Intensidade (quanto)	Movimentação/deambulação
Qualidades (como é a dor, com que se parece)	Respiração profunda
Periodicidade (freqüência dos episódios – diária, semanal etc)	Atenção e concentração
Duração dos episódios (minutos, horas, contínua)	Dor crônica
Padrão evolutivo	Sono
Fatores de melhora e piora	Movimentação/deambulação
Sintomas associados	Atenção e concentração
Aspectos psicossocioculturais	Apetite
Depressão, ansiedade, raiva, hostilidade	Trabalho
Atitudes e crenças frente à dor e seu manejo	Humor
Situação trabalhista	Relacionamento interpessoal
Estratégias para lidar com a dor (o que faz)	Lazer
	Prazer de viver
	Vida sexual

A avaliação da dor aguda difere da dor crônica, embora existam diversos aspectos comuns. Na dor aguda há ênfase nas características e nas repercussões biológicas da dor e no alívio. Na dor crônica há ênfase nos aspectos psicossocioculturais como estado emocional, personalidade do doente, situação e satisfação com o trabalho, aspectos da história familiar relacionados à expressão e manejo da dor (atitudes, crenças, valores e os modos do doente e de sua família).

Figura 1

ESCALAS PARA A AVALIAÇÃO DA INTENSIDADE DA DOR



A investigação das **crenças, atitudes e conhecimentos** que o doente/cuidador possui sobre a dor/doença e tratamento, quais expectativas trazem, quais medos e fantasias expressam é fundamental para minimizar desinformação e esclarecer conceitos errôneos, visto poderem estes contribuir para a manutenção do quadro álgico e inadequado manejo da dor. A história familiar relacionada à expressão e manejo da queixa dolorosa pode contribuir para a identificação de “modelo” culturalmente aprendido de experienciar e relatar dor.

O **humor** pode ficar comprometido pela dor e alterações do humor podem interferir na interpretação e no relato da dor. Identificar e tratar essas alterações,

que podem estar comprometendo o controle da dor, deve estar incluído entre os objetivos terapêuticos.

A emoção mais comumente associada à dor crônica é a depressão, e à dor aguda, a ansiedade. Intervenções que revertem os quadros depressivos, comumente melhoram a dor.

Intervenções para o controle da dor

Os princípios que norteiam o atendimento ao doente com dor são o alívio da queixa dolorosa e do sofrimento e a melhora das funcionalidades física, psíquica e social. Além da adequação das

intervenções analgésicas, a orientação do doente, familiares e cuidadores sobre as razões e mecanismos da dor e as razões e riscos dos procedimentos propostos, melhora o resultado do tratamento, a confiança dos doentes na equipe de saúde e a adesão ao programa terapêutico proposto.

O tratamento preferencial de qualquer queixa dolorosa é atuar na causa da dor, quando esta for conhecida e forem possíveis intervenções curativas. As intervenções para o controle da dor compreendem o uso de medidas farmacológicas, físicas, cognitivo-comportamentais e, em algumas situações, pode haver necessidade de bloqueios anestésicos e procedimentos neurocirúrgicos. É desejável o uso de intervenções múltiplas, que possibilitem melhor resposta analgésica, visto a possibilidade de interferirem, simultaneamente, na geração do impulso nociceptivo, nos processos de transmissão e de interpretação do fenômeno doloroso e na estimulação do sistema supressor de dor.

Intervenções farmacológicas

Para a adesão ao tratamento farmacológico é fundamental a educação do doente e do cuidador sobre o mecanismo de ação das drogas, os efeitos colaterais e o regime de ingestão.

Principais grupos de medicamentos utilizados para o controle da dor

Na **dor aguda** os principais agentes são os AINEs, morfínicos e ansiolíticos e na **dor crônica**, além destes, os antidepressivos, os anticonvulsivantes e os neurolépticos, entre outros, dependendo da etiologia do sintoma.

Os **AINEs** representam o maior grupo de analgésicos, com compostos que diferem quanto à estrutura química, magnitude dos efeitos terapêuticos, efeitos indesejáveis e custo. Apresentam potência analgésica moderada, caracterizada pelo efeito teto, ou seja, a partir de uma determinada dosagem a elevação da dose não produz efeito adicional na redução do sintoma. São largamente utilizados para o controle das dores agudas, especialmente associados aos agentes morfínicos.

Os **opiáceos, opióides ou morfínicos** compreendem um grupo de fármacos naturais e

simpéticos com estrutura química e efeitos semelhantes aos dos alcalóides do ópio, cuja ação analgésica, euforizante e ansiolítica é conhecida há séculos. São classificados quanto à relação dose e eficácia analgésica em fortes (morfina, meperidina, metadona, fentanila, oxicodona, etc.) e fracos (tramadol, codeína, propoxifeno).

Os agentes **adjuvantes** são medicamentos formulados primariamente para outras finalidades terapêuticas que não a analgésica, mas que possuem ação analgésica. Estão incluídos neste grupo os **ansiolíticos** (benzodiazepínicos), os **antidepressivos**, os **neurolépticos** e os **anticonvulsivantes**.

Os **benzodiazepínicos** compreendem um grupo grande de drogas, mas poucos são utilizados na prática clínica para o tratamento da dor aguda. Estudos têm demonstrado paralelismo entre dor e ansiedade; quanto maior a ansiedade, maior o nível de dor. Dentre os adotados destacam-se o diazepam, pelo efeito miorrelaxante, o clonazepam pela ação antineurálgica, o lorazepam e midazolan, como indutores de sono, e o alprazolan pelo efeito ansiolítico. Na dor crônica devem ser evitados, pois existem observações de que estes agentes acentuam a hostilidade, pervertem o ritmo do sono e aumentam a percepção da dor.

Os **antidepressivos**, ainda que não sejam primariamente analgésicos, apresentam efeito analgésico, normalizam o ritmo do sono, melhoram o apetite e o humor. São especialmente importantes para o tratamento da dor neuropática, mas têm sido muito utilizados em diversas síndromes álgicas crônicas, incluindo lombalgia, cefaléia, fibromialgia, artrite, dor oncológica, entre outras. Os seus efeitos analgésico podem independe da modificação do humor. Acredita-se que seja devido, entre outros mecanismos, ao bloqueio da recaptação de serotonina e noradrenalina. A maior oferta destes neurotransmissores nas fendas sinápticas permite a ativação e otimização do sistema supressor de dor. O efeito analgésico manifesta-se geralmente entre o ⁴^º e ⁵^º dia de uso e o efeito antidepressivo após a 3^a semana. O tratamento é iniciado com doses baixas que são elevadas a cada 2 ou 3 dias, visando-se minimizar os efeitos colaterais. Podem ser utilizados em esquema de tomada única, à noite. Os efeitos colaterais relacionam-se com a ação anticolinérgica e adrenérgica periféricas e com sua ação no sistema nervoso central.

Os **anticonvulsivantes** constituem um grupo

de drogas com toxicidade e farmacocinética distintas, capazes de aliviar a dor crônica com características paroxísticas (em choque) decorrente de certos tipos de lesões nervosas. Este modelo de descarga neural é muito próximo ao que ocorre no cérebro durante o estado epiléptico, daí o emprego destas drogas nessas situações, objetivando-se estabilizar as descargas neurais.

Os **neurolépticos** integram um grupo de

drogas bastante controvertido em relação ao uso na terapia antiálgica, entretanto, os butirofenonas e as fenotiazinas têm sido utilizados geralmente em associação com analgésicos e antidepressivos. Parecem modular a dor por meio da modificação do componente afetivo, atribuindo certo grau de indiferença ao componente desagradável da dor. Quando associados aos antidepressivos parecem aumentar a biodisponibilidade destes.

Quadro 2 - Principais grupos de fármacos utilizados para o controle da dor.*

Grupos	Principais representantes	Mecanismo de ação
AINEs	Acetaminofeno Ácido acetil salicílico Ácido mefenâmico Ácido propiônico Cetoprofeno Diclofenaco sódico/potássico Dipirona Indometacina Meloxicam Tenoxicam	Reduzem a dor e a inflamação, na maior parte dos casos, pela inibição da enzima ciclooxygenase (COX), responsável pela síntese das prostaglandinas.
Morfínicos	Buprenorfina Codeína D-propoxifeno Fentanila Meperidina Metadona Morfina Oxicodona Tramadol	Reduzem a dor pela ligação com receptores morfínicos (mu, delta, kappa) principalmente no encéfalo e medula espinhal, embora também haja receptores no sistema nervoso periférico.
Antidepressivos	Amitriptilina Clor-imipramina Fluoxetina Imipramina Nor-triptilina	Reduzem a dor pelo bloqueio da recaptação de serotonina e noradrenalina (o aumento destes neurotransmissores permite a ativação e otimização do sistema supressor de dor)
Ansiolíticos	Clonazepan Diazepam Lorazepam Midazolan	Reduzem a ansiedade pela potencialização da inibição neural mediada pelo GABA (ácido gama-aminobutírico)
Anticonvulsivantes	Carbamazepina Difenil-hidantoína Valproato de sódio	Reduzem a dor pela supressão dos circuitos hiperativos da medula espinhal e do córtex cerebral e estabilização das membranas neuronais das vias aferentes primárias.
Neurolépticos	Clorpromazina Haloperidol Levopromazina Pimozida Propericiazina Tioridazina	Parecem modular a dor por meio da modificação do aspecto afetivo.

* Para maiores detalhes, consulte manuais especializados, como: Omoigui S. *The Pain Drugs Handbook* St. Louis, Mosby, 1995./ Gilman A. F., Rall T.W., Nies A.S., Taylor P. *The Pharmacological Basis of Therapeutics* 8th ed. New York, Pergamon Press, 1990./ Skidmore-Roth L. *Nursing drug reference*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1998.

Efeitos colaterais

Os efeitos colaterais dos analgésicos ou dos adjuvantes ocorrem em doses terapêuticas e são normalmente decorrentes do próprio mecanismo de ação das drogas. Na associação entre analgésicos e adjuvantes, é frequente o surgimento de efeitos indesejados comuns, condição que pode resultar no aumento da toxicidade das drogas e no uso inadequado das medicações. No Quadro 3, estão sintetizados, para cada grupo farmacológico, os principais sistemas orgânicos afetados com os respectivos efeitos colaterais.

A **tolerância, dependência física e dependência psíquica** têm sido os efeitos colaterais mais temidos por parte do usuário e dos profissionais de saúde que manuseiam os morfínicos, em significativa parcela das vezes pelo desconhecimento de que se tratam de efeitos diferentes. A **tolerância e a dependência física** são efeitos que podem ocorrer quando da administração repetida desses agentes, mas não constituem limitação ao uso clínico. A **tolerância** significa a necessidade de aumento da dose para obtenção do mesmo efeito. É tratada pela elevação da

dose e da freqüência da administração. Nos casos de doença oncológica, o avanço da doença, que muitas vezes resulta em maior necessidade de analgésico, pode ser confundido com tolerância.

A possibilidade de dependência psíquica e física varia de acordo com a droga e o doente. A síndrome de abstinência, que representa a **dependência física**, ocorre quando da interrupção abrupta da droga e pode ser prevenida pela sua redução gradual. Os sinais de abstinência são agitação psicomotora, cólicas, febre e anorexia, entre outros.

O risco de **dependência psíquica** (vício), que é o uso incontrolável da droga para benefícios outros que não o alívio da dor, tem sido considerado pequeno nas situações de uso para controle da dor oncológica em doentes não anteriormente usuários de droga e nos casos de uso para alívio da dor aguda intensa.

A **depressão respiratória** é um dos efeitos que mais assusta a equipe de profissionais que lidam com o doente que recebe morfínicos. No entanto, depressão respiratória grave é rara em doentes que utilizam morfínicos de modo crônico. Nas situações agudas, este efeito que pode ser evitado elevando-se gradualmente a dose da droga.

Depressão respiratória significativa é rara nas situações de uso crônico. Nos quadros agudos, frequentemente, só ocorre após o doente apresentar acentuada sedação. Monitorar o grau de sedação, é um bom parâmetro para prevenir depressão respiratória. Na ocorrência de depressão respiratória a administração do antagonista naloxona é a estratégia indicada e a reversão do efeito é imediata.

A sensação de **boca seca** pode ser amenizada pelo uso de goma de mascar, balas sem açúcar, pedaços de gelo, saliva artificial, uso de lubrificantes nos lábios (manteiga de cacau, vaselina) e ingestão de líquidos e comidas pastosas. É aconselhável que os doentes evitem suco de frutas ácidas e alimentos condimentados e duros.

As **nauséas e vômitos** são efeitos comuns, principalmente no inicio do tratamento com morfínicos, mas pode ser ocasionada também pela ingestão de alguns AINEs e anticonvulsivantes. Os profissionais podem tentar amenizar estes efeitos oferecendo dieta leve e fracionada, orientando a ingestão de alimentos frios, líquidos gelados e pedaços de gelo, mantendo boa higiene

bucal, orientando o doente a tentar técnicas de relaxamento e de distração da atenção e o uso de antieméticos, se necessário.

A **constipação intestinal** pode estar relacionada ao uso de morfínicos, antidepressivos, neurolépticos e anticonvulsivantes. Dieta rica em fibras (em torno de 20g por dia), ingestão de líquidos (10-12 copos/dia), realização de atividade física, de acordo com as possibilidades individuais, e a reeducação intestinal, são medidas simples que podem auxiliar o doente. Contudo, nos casos em que estas medidas não são eficazes, pode ser necessário o uso concomitante de óleos emolientes, laxantes, supositórios e enemas.

A constipação intestinal é tão frequente em doentes que utilizam morfínicos que estes devem ser orientados a utilizar regime laxativo composto por fibras, líquidos, emolientes e laxantes suaves assim que iniciam o uso desses fármacos. O controle da constipação é fundamental para o sucesso da terapia analgésica.

Para o aumento da ingestão de fibras pode ser utilizado o farelo de trigo, frequentemente uma ou duas colheres de sopa, uma ou duas vezes ao dia.

A ingestão hídrica mínima deve ser entre dez e doze copos de líquido por dia.

O uso de emoliente (óleo mineral ou óleo de amêndoas) pode ser entre uma ou duas colheres de sopa por dia.

O uso de laxantes, supositórios de glicerina e enemas podem ser necessários e orientados pelo médico responsável.

O esquema laxativo deve ser orientado considerando-se as necessidades individuais.

Quadro 3 - Efeitos colaterais mais comuns dos principais medicamentos utilizados para o controle da dor*.

Grupos farmacológicos	Sistema	Efeitos colaterais principais
Morfínicos	Nervoso Central	Sonolência e letargia Depressão respiratória Náusea e vômito Dificuldade de concentração Euforia, alucinação e disfória Miose Aumento de hormônio anti-diurético Tolerância e dependência
	Cardiovascular	Hipotensão
	Gastrointestinal	Empachamento gástrico (favorecendo náuseas e vômitos) Constipação intestinal (pela diminuição das contrações propulsivas e aumento das contrações não propulsivas do intestino) Diminuição nas secreções biliares e pancreáticas, espasmo do esfínter de Oddi
	Genito-urinário	Retenção urinária
	Tegumentar	Prurido Rush cutâneo
AINEs	Nervoso Central	Cefaléia, tontura, disfória, sonolência, visão borrada
	Hematopoiético	Alteração da coagulação sanguínea
	Gastrointestinal	Dor abdominal, gastrite, úlceras, sangramento digestivo, anorexia, náusea, vômitos, hepatopatias tóxicas
	Genito-urinário	Disúria, hematúria, oligúria, insuficiência renal
	Respiratório	Crises de asma
	Tegumentar	Reações alérgicas
Ansiolítico	Nervoso Central	Sonolência, deficiência de coordenação motora, disfásia Tolerância e dependência
	Gastrointestinal	Náusea, vômito, diarréia, sialosquese, dor abdominal (efeitos ocasionais)
Antidepressivos	Nervoso Central	Sonolência, tontura, confusão Aumento do apetite
	Cardiovascular	Hipotensão postural, taquicardia
	Gastrointestinal	Constipação intestinal Sialosquese, diminuição da velocidade de esvaziamento gástrico Aumento do apetite
	Genito-urinário	Retenção urinária
	Diversos	Redução do limiar convulsígeno,
Anticonvulsivantes	Nervoso Central	Sonolência (Carbamazepina)
	Gastrointestinal	Epigastralgia (Carbamazepina) Constipação (Carbamazepina) Intolerância gástrica (Valproato) Hepatotoxicidade (Valproato)
	Genito-urinário	Retenção urinária (Carbamazepina)
	Diversos	Erupções cutâneas (Carbamazepina) Discrasias sanguíneas (Carbamazepina) Hiperplasia gengival, epidérmica Hirsutismo (Difenil-hidantoína)
	Neurolépticos	Sonolência, confusão mental
	Cardiovascular	Hipotensão postural
	Gastrointestinal	Sialosquese, constipação intestinal, Diminuição da velocidade de esvaziamento gástrico
	Genito-urinário	Retenção urinária
	Diversos	Síndrome Parkinsoniana

* Para maiores detalhes sugere-se consultar manuais especializados como: Omoigui S. *The Pain Drugs Handbook* St. Louis, Mosby, 1995./ Gilman AF, Rall TW, Nies AS, Taylor P. *The Pharmacological Basis of Therapeutics* 8th ed. New York: Pergamon Press, 1990./ Skidmore-Roth L. *Nursing drug reference* St. Louis: Mosby-Year Book, 1998.

Vias de administração

Os analgésicos e adjuvantes, especialmente os morfínicos, podem ser administrados por várias vias. A possibilidade de um fármaco ser administrado por vias diferentes torna-o mais versátil e útil em maior número de doentes.

Vias sublingual, oral, intramuscular, endovenosa e subcutânea

A **via sublingual** (SL) promove efeito rápido pelo fato de o princípio ativo atingir prontamente a circulação venosa. Há disponível em nosso meio, até o momento, a buprenorfina.

A **via oral** (VO) é considerada segura, econômica, e confortável para os pacientes colaborativos e que não apresentam problemas relacionados ao sistema digestivo (naúseas, vômitos ou distúrbios no processo de absorção). Pode ocorrer variação do grau de absorção do medicamento em decorrência do tipo de formulação da droga, pH, presença ou não de alimentos no trato gastrointestinal e condições da mucosa gástrica e entérica. As formulações podem ser líquidas, em cápsulas e em comprimidos. Alguns analgésicos, por exemplo, a cloridrato de morfina e o cloridrato de tramadol, possuem formulações de liberação lenta, as quais são capazes de graduar o processo de liberação e aumentar a permanência/efeito da droga no organismo, pela manutenção de concentrações séricas estáveis. Para a maioria dos analgésicos, há formulações (sólidas ou líquidas) para administração oral.

A administração de fármacos por via oral requer doses maiores do que as utilizadas por vias parenterais, em grande parte devido ao efeito de passagem da droga pelo fígado. Os analgésicos devem ser administrados a intervalos fixos (prevenir a dor) e não sob demanda; as doses de reforço (se necessário) são administradas quando houver escape de dor ao programa padrão. Se houver indicação para o uso de agentes de ação prolongada, inicia-se o tratamento com agentes de curta duração, estabelecer-se a dose para a analgesia basal e calcular a equivalência de dose para produtos de liberação lenta. Os reforços devem ser realizados com agentes de curta duração.

A administração de morfínicos **via transdérmica** (fentanila) é indicada para os tratamentos crônicos ou quando ocorre intolerância a drogas por outras vias. Promovem conforto e facilitam a adesão, mas

apresentam custo mais elevado. Neste tipo de sistema, a absorção ocorre através da pele.

A administração de analgésicos e adjuvantes por via parenteral pode ser realizada através do tecido **subcutâneo** (SC), **muscular** (IM), depositada diretamente na **circulação venosa** (IV) e por meio da infusão dos fármacos no sistema nervoso (peridural e intratecal).

Na **via subcutânea** (SC), a absorção costuma ser boa e constante e está permitida a injeção de grandes volumes de soluções. O tecido subcutâneo é pouco vascularizado e em algumas situações este fato pode ser limitante, pois a absorção pode ser tão lenta a ponto de não resultar em efeito terapêutico.

A **via intramuscular** (IM) é indicada para

A administração SC da morfina e do tramadol pode ser realizada no ambiente hospitalar e no domicílio, por meio de dispositivos tipo asa de borboleta.

tratamentos de curta duração e é contra-indicada nas dores prolongadas e crônicas, pois a administração repetida causa dor e lesão muscular. A taxa de absorção depende das condições locais de irrigação sanguínea e movimentação e do grau de lipossolubilidade da droga.

A **via intravenosa** proporciona efeito imediato, a infusão de grandes volumes e a de agentes irritantes diluídos. A administração crônica pode resultar em irritação do endotélio vascular. A **infusão intravenosa**, se realizada em bolo, deve ser lenta (3 a 5 minutos). O analgésico pode ser diluído, conforme orientações específicas de cada agente, administrado por períodos maiores ou continuamente. A infusão de modo contínuo tem por finalidade manter níveis sanguíneos constantes e melhorar o efeito terapêutico. Infusões rápidas estão associadas à maior ocorrência de complicações e efeitos indesejáveis.

As vias **epidural** e **intratecal/subdural** para a administração de morfínicos através de sistemas semi ou totalmente implantáveis são opções às vias sistêmicas. Proporcionam analgesia com doses inferiores às da via sistêmica e, portanto, menor ocorrência de efeitos colaterais. **Nos sistemas semi-implantáveis** uma das pontas do cateter (utilizado para anestesia peridural) encontra-se sobre a dura-máter e a outra está exteriorizada. Através da ponta exteriorizada, o doente e seu

cuidador administrarão, por meio de seringa e de modo asséptico, a droga analgésica, geralmente uma solução de morfina. Do espaço peridural, a solução analgésica difunde-se para o espaço subaracnóideo e se liga a receptores morfínicos existentes na medula espinal, produzindo analgesia sem bloqueio motor. **O sistema implantado** é constituído de reservatório (implantado no subcutâneo) e de um cateter, que liga o reservatório ao espaço subaracnóideo. Nesse sistema, o doente e seu cuidador acionam, por pressão digital, botões que

retiram parte da droga do reservatório e a lançam no espaço subaracnóideo. O sistema pode ser eletrônico e nesse caso não há acionamento manual.

Para a indicação de procedimentos analgésicos que utilizam alta tecnologia, como cateteres e bombas, no domicílio ou em casas de repouso, as condições cognitivas, de humor e o suporte social do doente e de seu cuidador, devem ser consideradas. Se o doente ou seu cuidador não têm condições de cuidar adequadamente dos sistemas, o seu uso está contra-indicado.

Nas situações de uso alta tecnologia para o manejo da dor o doente e cuidador terão grande responsabilidade na implementação dessa terapêutica e devem, necessariamente, receber educação detalhada e por escrito sobre o método, o modo de funcionamento dos sistemas, quais as possíveis complicações e efeitos colaterais, como preveni-los, identificá-los e proceder frente a eles. As responsabilidades/ atribuições devem corresponder às capacidades do doente e cuidador.

Intervenções não-farmacológicas

A vivência dolorosa interfere em diversos domínios da vida: bem-estar fisiológico (habilidade funcional, força, fadiga, sono e repouso, entre outros), bem-estar emocional (ansiedade, depressão, desprazer, infelicidade, medo e potência, entre outros), bem-estar social (mudança de papéis e nos relacionamentos) e bem-estar espiritual (distresse religioso, preocupação com a transcendência). A interferência em algum deles pode modificar a apreciação da experiência global. O controle da dor é mais efetivo quando envolve intervenções múltiplas, farmacológicas e não-farmacológicas, que atuem nos diversos componentes da dor.

Técnicas não-invasivas para o controle da dor compreendem conjunto de medidas de ordens educacional, física, emocional e comportamental. Em sua maioria, são de baixo custo e de fácil aplicação. Significativa parcela pode ser ensinada aos doentes e seus cuidadores para uso domiciliar de modo eficiente e seguro, pois o risco de complicações e efeitos colaterais é pequeno. Oferecem ao doente senso de controle da situação, estimulam a responsabilidade e participação no tratamento. Algumas são instintivas (massageamento do local doloroso), outras são tradicionalmente ensinadas entre as gerações (não pensar na dor, distrair-se, aplicar calor) e são de largo uso na população. Talvez

a adequação e maior sistematização no uso desses métodos possa contribuir para a obtenção de melhores resultados. Devem-se avaliar a opinião, as crenças, os valores e a preferência do doente/cuidador para a seleção das intervenções, pois a colaboração deles é condição indispensável para a implementação das propostas.

Métodos físicos

Compreendem manobras como: aplicação de calor e frio superficial, técnicas de estimulação elétrica aplicadas à pele (transcutânea), uso de massagens, de técnicas de acupressão (“do-in”), o uso do repouso, exercícios e alongamentos suaves, entre outras. São eficazes em diversas síndromes álgicas, pois toda dor apresenta componente muscular, devido às hipertonus musculares resultantes de mecanismos reflexos.

Para a seleção das técnicas não-invasivas, é fundamental que sejam conhecidas a etiologia da dor, o local e as estruturas envolvidas (pele, músculos, nervos, ossos ou vísceras). A aplicação de métodos de estimulação cutânea que podem lesar tecidos (calor e frio, entre outros) deve ser muitíssimo cautelosa ou não ser realizada nos doentes com alteração de sensibilidade, da cognição e do nível de consciência, fato comum entre os idosos e naqueles com doenças neurológicas.

Calor e frio superficiais, massagem de conforto e vibração

CALOR

Mecanismo de ação, aplicação e efeitos indesejáveis

Acredita-se que o **calor** reduza a dor por diminuir a isquemia tecidual (aumento do fluxo sanguíneo e do metabolismo da região), aumento da elasticidade do tecido, alívio da rigidez articular, do espasmo muscular e melhora da inflamação superficial localizada.

O calor é aplicado sobre o local da dor, por meio de bolsas de água quente, compressas e pela imersão da área em água quente, com temperatura entre 40°C a 45°C, durante 20 a 30 minutos, algumas vezes ao dia (geralmente entre 3 e 4 vezes). Os usos freqüentes, as contra-indicações e as precauções com o uso desse método estão descritas no Quadro 4.

FRIO

Mecanismo de ação, aplicação e efeitos indesejáveis

Considera-se que a ação analgésica do frio esteja relacionada ao espasmo vascular (diminuição do fluxo sanguíneo local e resultante diminuição do edema). O frio reduz a velocidade de condução nervosa, diminuindo a chegada de estímulos dolorosos ao SNC e elevando o limiar à dor. O frio alivia o espasmo muscular pela redução da atividade do fuso muscular e da velocidade de condução dos nervos periféricos. As ações decorrentes do uso do frio, geralmente, têm ação mais duradoura que as advindas do calor.

Frio superficial, em torno de 15°C, durante cerca de 10 a 15 minutos, 2 a 3 vezes ao dia pode ser aplicado por meio de bolsas de água fria, bolsas de hidrocolóides, sacos com mistura de água e gelo picado, imersão em água fria, compressas frias, gelo “mole” (mistura congelada de 3 partes de água e 1 de álcool). Os usos freqüentes, as contra-indicações e as precauções com o uso desse método estão descritas no Quadro 4.

Quadro 4. Usos freqüentes, contra-indicações e precauções com o uso do calor e frio superficiais.*

Método	Usos freqüentes	Contra-indicações	Efeitos indesejáveis Precauções
calor superficial	Dor na região dorsal (cervical e lombar), artralgias, espasmos musculares.	Infecção Sangramento ativo Insuficiência vascular Neoplasias (não aplicar sobre o local do tumor) Traumatismos agudos Atenção especial: alteração da sensibilidade alteração do nível de consciência	Como efeitos indesejáveis do calor podem ocorrer aumento do edema e da demanda metabólica, resultando em insuficiência vascular, isquemia e em necrose. Queimaduras podem ocorrer naqueles com alteração da sensibilidade e do nível de consciência. Checar a temperatura. Colocar proteção (toalha) entre a fonte de calor e a pele. Observar alterações na coloração e aspecto da pele. Não exceder o tempo de exposição recomendado
Frio superficial	Dor do sistema tegumentar e músculo esquelético. Contusões, torções, ferimentos. O uso após cortes, contusões e torções, pode prevenir a dor.	Doença vascular periférica Insuficiência arterial Hipersensibilidade ao frio Doença de Raynaud's Crioglobulinemia (presença de proteínas anormais que cristalizam sob a ação do frio) Hemoglobinúria decorrente do frio Atenção especial: alteração da sensibilidade alteração do nível de consciência	Colocar proteção (toalha) entre a fonte fria e a pele. Observar alterações na coloração e aspecto da pele. Não exceder o tempo de exposição recomendado.

*Para maiores detalhes, sugere-se consultar manuais específicos.

Massagem e vibração

Mecanismo de ação, aplicação e efeitos indesejáveis

Massagem manual pode ser entendida como a aplicação de toque suave ou de força em tecidos moles, usualmente músculos, tendões e ligamentos, sem causar movimento ou mudança de posição da articulação. A massagem para o alívio da dor é um método intuitivo, de prática muito antiga. Acredita-se que a melhora da circulação (aumento do fluxo sanguíneo e linfático) relaxa a musculatura no local de sua aplicação, traz sensação de conforto e de bem-estar ao doente e alivia a tensão psíquica. Qualquer técnica que utiliza as mãos reforça a confiança do doente. Existem diversos movimentos que podem ser utilizados na massagem, como: deslizamento, amassamento, fricção, percussão, compressão e vibração. O uso de óleos ou cremes auxiliam o deslizamento das mãos na realização dos movimentos. Uma forma comum de massagem superficial é aquela aplicada no dorso (massagem de conforto). Massagem em pés e mãos é também referida, por muitas pessoas, como relaxante, podendo ser utilizada em doentes com dor, nos acamados, ansiosos, naqueles com distúrbio de sono e como método de contato físico em doentes muito isolados, entre outras. Pode ser realizada com soluções mornas ou frias, dependendo da resposta

do doente. A alternância do estímulo térmico parece melhorar a resposta. A massagem não deve ser realizada se o doente não a deseja, quando há lesão de pele e se causar dor.

Vibração é um modo de massagem elétrica, que pode ser ou não vigorosa. Os possíveis mecanismos de ação assemelham-se aos da massagem e de outros métodos de estimulação cutânea. Pode ser utilizada para diversos tipos de dor, especialmente as musculares. Não deve ser utilizada ou se o for, deverá ser com muita delicadeza e cuidado, em áreas em que haja lesões cutâneas, tromboflebites, causalgia ou outras situações em que o estímulo mecânico causa agravamento da dor, nas cefaléias que podem piorar com o movimento ou com o som, quando houver aumento acentuado da dor e nas situações em que o doente porta sistemas eletrônicos implantados. O vibrador pode ser aplicado durante 25 a 45 minutos, cerca de 2 ou 3 vezes ao dia, no local ou na região da dor e sobre pontos dolorosos. A vibração não deve ser dolorosa. Há relatos de que a analgesia persiste algum tempo após o término da aplicação do estímulo. Vibração é um método de auto-administração muito fácil para uso domiciliar e existem diversos vibradores ou massageadores elétricos à venda para uso no domicílio.

Os usos mais freqüentes, as contra-indicações e as precauções com o uso da massagem e vibração estão descritos no Quadro 5.

Técnicas de massagem podem ser aprendidas em manuais e cursos. Pode-se ensiná-las ao doente e cuidador e estimulá-los a aprender novos métodos.

Quadro 5. Usos freqüentes, contra-indicações e precauções com o uso da massagem e vibrador.*

Método	Usos freqüentes	Contra-indicações	Efeitos indesejáveis	Precauções
Massagem manual	Dores diversas, especialmente as musculares.	Lesão de pele Fraturas Recusa do paciente	Não causar movimento ou mudança de posição da articulação. Não provocar dor	
Vibração	Dores diversas, especialmente as musculares.	Presença de dispositivos elétricos/eletônicos Lesão de pele. Fraturas Recusa do paciente	Não provocar dor	

*Para maiores detalhes, sugere-se consultar manuais específicos.

O uso dos dedos para a compressão isquêmica de pontos dolorosos e pontos-gatilho é denominada acupressura. A técnica consiste em manter a pressão sobre determinada área por período de aproximadamente 90 segundos. Acredita-se que a isquemia inativaria os pontos dolorosos ou os pontos-gatilho. Há manuais que ensinam localizar e estimular estes pontos.

Massagem de conforto

Pode ser utilizada em grande número de indivíduo e tem como finalidades: estimular a circulação local e proporcionar relaxamento muscular e mental. Em diversos manuais de enfermagem, há a descrição dessa técnica. Apresentar-se-á a técnica proposta por Campedelli e Gaidzinski (1987) para a região dorsal.

Técnica

Os movimentos básicos são:

- *deslizamento*, que pode ser descrito como o massageamento dos músculos da região dorsal com

a parte ventral das mãos. Inicia-se o movimento na região sacral, com ambas as mãos, uma em cada hemicorpo. As mãos devem deslizar da região sacral para a cervical, da sacral para a torácica e da sacral para a lombar (Figuras 2,3,4 e 5). Os movimentos devem ser mais firmes na direção inferior para a superior do tórax e mais suaves quando do retorno (da direção superior para inferior do tórax).

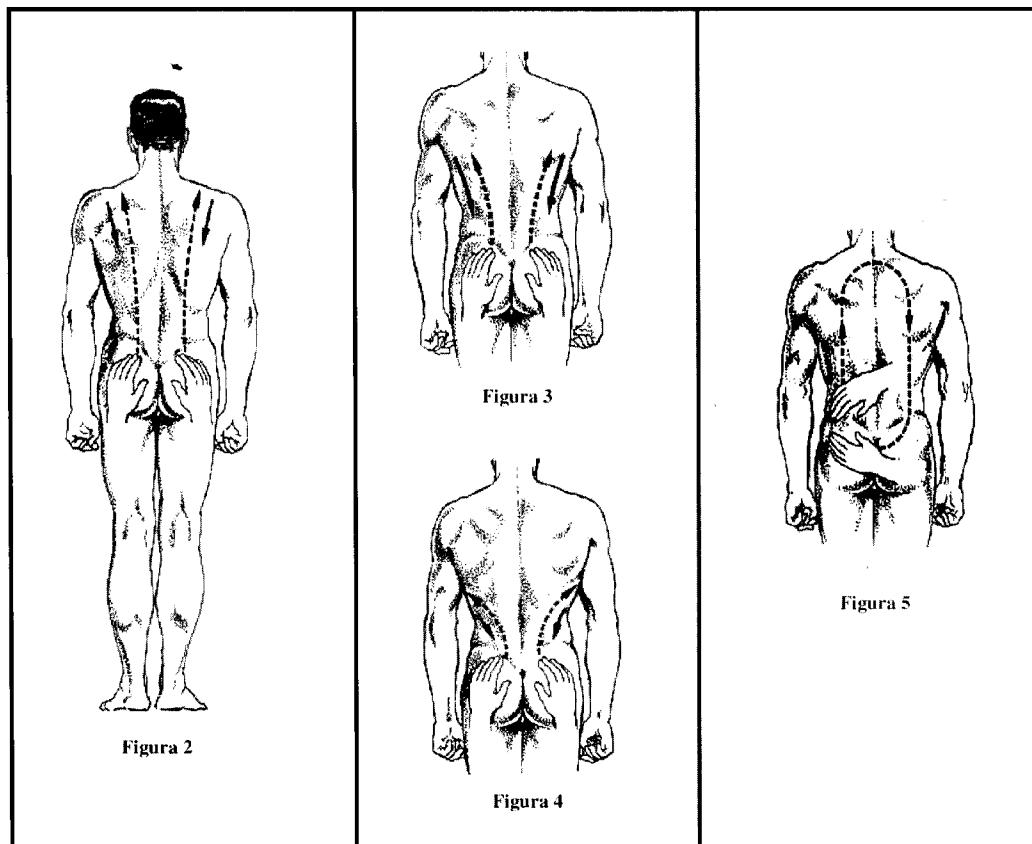
- *amassamento*, que consiste na preensão dos músculos da região dorsal entre o polegar e os demais dedos e o massageamento destes por meio de compressão e descompressão rítmica, em movimentos continuados.

O doente deverá estar em decúbito ventral ou lateral e, nesse caso, as costas terão de estar voltadas para o lado de quem vai realizar a massagem.

Despeje creme na palma da mão, aplique nas costas do doente e execute a seqüência proposta:

3 deslizamentos leves, 3 pesados e 3 leves;

3 amassamentos e 3 deslizamentos (2 pesados e 1 leve)



Exercício e atividade física

São muito importantes para o controle da dor. Os doentes com dor apresentam síndrome de desuso (distrofia e hipotonía muscular, diminuição da amplitude articular, entre outros) oriunda do repouso prolongado e limitação da atividade no local da queixa algica. Apresentam contrações musculares, como resposta reflexa ao estímulo doloroso, isquemia tecidual, acúmulo de substâncias algogênicas local, pontos-gatilho e dor. A dor aumenta a imobilidade e a contração muscular e o ciclo mantém-se. Os benefícios psíquicos advindos dos exercícios e atividade física são: melhora do humor, da qualidade de vida e da função intelectual. Há aumento da sensação de controle, da capacidade de autocuidado, diminuição da ansiedade e melhora do padrão de sono. Os doentes devem ser estimulados a realizar atividade física e exercícios suaves de contração e alongamento. Se houver orientação específica de profissional de fisioterapia/fisiatria, devem ser orientados a segui-la.

Educação e métodos cognitivo-comportamentais

A apreciação, expressão e modo de manejo do fenômeno doloroso estão intimamente ligados aos conceitos que o doente tem sobre sua dor.

O preparo dos doentes/familiares para o uso de qualquer método para o controle da dor deve ser feito de modo sistemático.

A investigação do conhecimento que o doente e o cuidador possuem sobre a dor e a doença e o tratamento, que esperam sobre a evolução do quadro, quais medos e fantasias expressam, a avaliação da relação que fazem entre dor e incapacidade, a identificação de que intervenções terapêuticas julgam ser potencialmente efetivas, é fundamental para minimizar desinformação, identificar informações errôneas ou expectativas não-realistas. Concepções equivocadas são substratos poderosos para a falta de adesão às terapias, perpetuam comportamentos inadequados para o controle da dor, geram ansiedade e sofrimento desnecessários para o doente e seus familiares, custos excessivos ao sistema de saúde e desgastes no relacionamento com os profissionais. A educação sobre a fisiopatologia do processo doloroso, sua origem e possíveis repercussões, os

meios utilizados para o seu controle, o esclarecimento dos fatores que podem agravar e atenuar a queixa algica, o ajuste entre as expectativas e o que possivelmente virá a ocorrer devem ser meta do tratamento.

A atuação educativa junto a doente e familiares visa a torná-los agentes de autocuidado e participantes conscientes do processo terapêutico. Pode ser realizar no domicílio, em centros de saúde ou em ambulatório, por meio de discussões em grupo, preleção, demonstração, filmes, fitas cassete, folhetos educativos, entre outras.

O uso de terapias cognitivo-comportamentais para o controle da dor é calcado nos princípios de que dor é também um comportamento socialmente aprendido e reforçado pela interação do indivíduo com o meio ambiente; o indivíduo não é receptor passivo de informações e pode aprender ou reaprender comportamentos mais adaptativos, isto é, que tragam maior funcionalidade e bem-estar. Acredita-se que os pensamentos (atitudes, expectativas, crenças, entre outros) podem afetar os processos psicológicos, influenciar o humor, determinar comportamentos e ter consequências sociais. Por outro lado, o humor, os processos emocionais, o ambiente social e os comportamentos podem influenciar os processos de pensamento.

É dada ênfase na participação ativa do doente no tratamento. O doente dialoga e reflete sobre os efeitos da doença/dor sobre si; aprende estratégias para o enfrentamento das situações estressantes/dor e participa do estabelecimento das metas que se quer alcançar. Objetiva-se, primariamente, melhorar o funcionamento físico e psíquico do indivíduo em casa e no trabalho; reduzir a dor, o consumo de medicamentos e o uso do sistema de saúde.

Sob a perspectiva cognitivo-comportamental estão incluídas concepções sobre saúde e doença, doente e doença e doente e profissional muito antigas e presentes na prática clínica de diversos profissionais, entre eles, os de enfermagem. Sob esta denominação agrupa-se diversificado conjunto de intervenções de cunho educativo (aulas de preleção sobre dor e seu controle), de análise e reorganização do comportamento e do pensamento (trabalho em grupos ou individuais sobre atitudes e crenças frente à dor) e de aquisição de estratégias para alívio dos estados de tensão e ansiedade (técnicas de relaxamento, distração e de imaginação dirigida,

entre outras). Muitas das técnicas comportamentais utilizadas são de autocontrole e auto-regulação e são tradicionalmente utilizadas para o manejo do estresse. Podem ser ensinadas aos doentes e cuidadores para que estes a desenvolvam no domicílio.

Relaxamento

Pode ser definido como o estado de relativa ausência de ansiedade e tensão muscular; o relaxamento dos músculos e a serenidade da mente. As respostas advindas do relaxamento são o oposto das presentes na situação de ansiedade. Há diminuição do consumo de oxigênio, do tônus muscular, da pressão arterial, da freqüência respiratória e cardíaca, aumento da freqüência de ondas tipo alfa, entre outras ondas do traçado eletrencefalográfico.

As técnicas que utilizam a **respiração como estratégia para o relaxamento** tentam tornar o indivíduo consciente do processo de respiração, que

normalmente é inconsciente. Quando a atenção é focada na respiração, é removida das áreas de tensão. Estas técnicas são muito flexíveis, fáceis de serem aprendidas e utilizadas. As técnicas de **relaxamento progressivo** são desenvolvidas a partir de procedimento estruturado de contração e relaxamento de grupos musculares específicos e em seqüência preestabelecida. Auxiliam o indivíduo a ficar mais consciente dos locais de tensão muscular e despendem cerca de 20 minutos para a realização de toda a seqüência. O **auto-relaxamento** é muito difundido entre as pessoas e consiste no uso de frases afirmativas e agradáveis, que o indivíduo repete para si, como: “minha mente está calma”, “meus músculos estão relaxados”, entre outras.

Muitas técnicas de relaxamento estão apresentadas em manuais especializados. Será apresentada uma que envolve respiração profunda com opção para imaginação, retirada de McCaffery, M; Pasero, C. *Pain: clinical manual*. St Louis, Mosby, 1999, p.420. (reprodução permitida).

Relaxamento com respiração profunda

Instruções:

1. Respire lenta e profundamente.
2. Enquanto você expira lentamente, sinta-se relaxando, sinta que a tensão está deixando seu corpo.
3. Agora, inspire e expire lenta e regularmente, com uma freqüência que seja confortável para você.
4. Para te ajudar, foque-se na sua respiração e respire lenta e ritmicamente:
inspire enquanto você diz, silenciosamente, a você mesmo, “dentro, dois, três”
expire enquanto você diz, silenciosamente, a você mesmo, “fora, dois, três”
Cada vez que você expirar diga, silenciosamente, uma palavra como “paz” ou “tranquilidade”.
5. Você pode imaginar que está fazendo isso em um lugar que lhe traga muita calma e paz.
6. Você pode fazer os passos de 1 a 4 somente uma vez, ou repetir os passos 3 e 4 por mais de 20 minutos.
7. Finalize com uma respiração lenta e profunda. Enquanto você expira você diga a você mesmo “Eu me sinto bem disposto e relaxado”

Técnicas de distração

As técnicas de distração para o controle da dor podem ser compreendidas como a focalização da atenção em outro estímulo que não a dor. É o aumento da estimulação de outros canais sensoriais, como a audição, a visão e o tato. A atenção à dor é prejudicada pela atenção a outro estímulo. O estímulo pode ser externo (ouvir música por fone de ouvido, assistir filme) ou interno (cantar ou fazer contas mentalmente). O uso da distração pode aumentar a tolerância à dor e à sensação de controle. Ouvir música, jogar jogos,

utilizar técnicas de respiração, assistir filmes, ler, fazer contas ou cantar mentalmente, marcar o compasso de uma música com os pés ou com as mãos, imaginar cenas agradáveis são exemplos de técnicas de distração que podem ser utilizadas. A imaginação dirigida envolve o uso de imagens mentais e é freqüentemente referida como a criação de cenas agradáveis, visualização, sonhar acordado ou fantasia. Fazer uma viagem imaginária à praia ou ao campo são recursos muito utilizados. O objetivo é produzir relaxamento, experimentar sensação de bem-estar, retirar o foco da dor e diminuir a percepção da dor.

O desempenho perfeito da técnica não é a única condição para o sucesso. Às vezes, o simples fato de tentar executar o procedimento, já é uma distração.

Para a aquisição de maiores informações sobre os métodos e as técnicas de relaxamento e distração, sugere-se a consulta a manuais especializados no tema.

Considerações sobre o uso de técnicas de relaxamento e distração

- Doentes que expressam desejo de aprender novas forma de lidar com a dor e que possuem capacidade de concentração e compreensão adequadas podem se beneficiar com estes métodos.
- Existem concepções errôneas, por parte de alguns doentes e profissionais, de que sucesso com o uso dessas técnicas ocorre somente quando a dor é “psicológica” (“de mentira”).
- O doente pode sentir-se desencorajado a utilizar tais técnicas diante da dúvida, por parte de outras pessoas, quanto a intensidade da dor, visto que essa melhora com o uso desses procedimentos.
- O relaxamento e a distração não substituem a medicação ou outros métodos e, não necessariamente, aliviam a dor. São adjuntos a outros tratamentos.
- Em dores intensas, mesmo em pessoas bem treinadas, há dificuldades para seu uso.
- Pode levar algum tempo até que a pessoa torne-se hábil no uso das técnicas.
- Em algumas situações, pela frustração frente à dificuldade em alcançar o relaxamento e a distração desejadas, pode haver aumento da dor e do estresse.

Considerações gerais sobre a dor no idoso

Dor é freqüente entre idosos, pois acompanha afecções traumáticas, infecciosas e crônico-degenerativas, às quais esses indivíduos estão expostos. A prevalência de dor em idosos da comunidade gira em torno de 50% a 60% e é ainda mais elevada naqueles internados em casas de repouso. Nos casos de dor crônica, em significativa parcela, a dor é diária, ou ocorre uma a duas vezes por semana.

Os locais mais freqüentes de queixas álgicas são as articulações, a região dorsal e os membros inferiores.

A comunicação da dor

A comunicação da dor pelos idosos aos familiares e aos profissionais que os assistem pode estar prejudicada por disfunções cognitivas, concomitância de outras doenças, extrema fragilidade física, depressão, alterações na audição e na fala, conceito de que a dor é “normal” na velhice, de que seja inalienável à doença, de que não é possível ou é muito difícil controlá-la, pelo desejo de não incomodar o cuidador e pela dificuldade de acesso dos idosos aos serviços de saúde. Esses aspectos predispõem à subidentificação das queixas álgicas e devem ser considerados na avaliação da dor nos idosos.

A medicação para o idoso

Durante o envelhecimento há modificações da farmacocinética e da farmacodinâmica das drogas. Todas as fases incluindo a absorção, distribuição, metabolismo e eliminação estão alteradas. Em geral, os idosos tendem a requerer menores doses que os adultos jovens.

A polimedicação, ou seja, o uso de mais do que uma droga para um problema específico pode comprometer a adesão e acentuar os riscos de complicações. As regras básicas para o uso de analgésicos em idosos são: início com doses baixas (cerca da metade da dose de adulto jovem), elevação das doses lenta e cuidadosamente e atenção com o uso concomitante de vários medicamentos.

Métodos educacionais, de distração, relaxamento e físicos

Os idosos devem ser educados sobre sua dor e como manejá-la. Para a seleção de métodos analgésicos não-farmacológicos, a investigação da opinião dos idosos sobre as técnicas propostas é de extrema importância para o planejamento. Para o uso de métodos físicos, deve-se investigar a existência de alterações de sensibilidade e cognitivas, fato comum entre os idosos, os quais, de modo geral, aceitam orientações sobre a aplicação de calor e frio, ouvir música ou realizar relaxamentos com técnicas simples.

Ao final da leitura deste capítulo, pretende-se que as (os) enfermeiras (os) conheçam:

- os conceitos básicos relacionados à dor;
- os princípios de avaliação da dor;
- os métodos para o seu controle, com especial ênfase no cuidado domiciliar.

BIBLIOGRAFIA

CAMPEDELLI, M.C.; GAIDZINSKI, R.R. Escara. Problema na hospitalização. Pp.23-9, São Paulo, Ática, 1987.

EDGAR, L.; SMITH-HANRAHAN, C.M. Nonpharmacological pain management. In: Watt-Watson, J.H., Donovan, M.I., eds. Pain management: nursing perspective. St. Louis: Mosby-Year Book, pp.162-99, 1992.

FERREL, B. R.; FERREL, B. A. Pain in the elderly: a report of the Task Force on Pain in the Elderly of the International Association for the Study of Pain. Seattle: IASP Press, 137p. 1996.

GILMAN,A.F.; RALL,T.W.; NIES,A.S.; TAYLOR,P. The Pharmacological Basis of Therapeutics, 8th.ed. New York:Pergamon Press, 1990.

IMAMURA,M.; IMAMURA,S.; YENG,L.T. Tratamento fisiátrico e procedimentos de reabilitação. Rev.Med., 1(75):71-77. (Ed. Especial), 1997.

JONES, S.L. harmacology of pain management. In: Expert pain management. Pennsylvania, Cap. 2, pp.31-65, 1997.

KINGDON, R.T.; STANLEY, K.J.; KIZIOR, R. J. Cognitive-behavioral therapy. In: KINGDON, R. T.; STANLEY, K.J.; KIZIOR, R.J. Handbook for pain management. Philadelphia: WB Saunders Company, 117-30, 1998.

KINGDON, R.T.; STANLEY, K.J.; KIZIOR, R.J. Physical modalities. In: KINGDON, R.T., STANLEY, K.J., KIZIOR, R.J. Handbook for pain management. Philadelphia: WB Saunders Company, pp.101-15, 1998.

LOESER, J.D. Bonica's Management of Pain. Philadelphia, Lippincott Williams, 3^a.ed., 2000.

McCAFFERY,M.; PASERO,C. Pain: clinical manual. St. Louis, Mosby, 2^a.ed., 1999.

OMOIGUI, S. The Pain Drugs Handbook. St. Louis: Mosby, 603p., 1995.

PAICE, J.A. Pharmacological management. In: WATT-WATSON, J.H.; DONOVAN, M.I., eds. Pain management: nursing perspective. St. Louis: Mosby-Year Book, cap.7, pp.124-61, 1992.

PIMENTA,C.A.M. Alívio da dor: experiências de enfermagem na utilização de técnicas não-farmacológicas. Rev. Paul. Enf., v.9, n°2, pp.73-7, 1990.

PIMENTA,C.A.M. Cateter peridural para analgesia domiciliar: uma terapia para a dor oncológica. Rev. Esc. Enf. USP; 27(1):175-81, 1993.

PIMENTA, C.A.M. Aspectos culturais, afetivos e terapêuticos relacionados à dor no câncer. Tese (Doutorado). São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 132p., 1995.

PIMENTA, C.A.M. Conceitos culturais e a experiência dolorosa. Rev. Esc. Enf. USP, v. 32, n°. 2, pp. 179-86, 1998.

PIMENTA, C.A.M. Atitudes de doentes com dor crônica frente à dor. Tese (Livre-Docência). Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 103p. São Paulo, 1999.

PIMENTA,C.A.M. Fundamentos teóricos da dor e de sua avaliação. In:CARVALHO,M.M. (org.). Dor: um estudo multidisciplinar. Pp.31-46, São Paulo, Summus, 1999.

PIMENTA, C.A.M. Dor: manual clínico de enfermagem. São Paulo, s/d, 2000.

PIMENTA, C.A.M.; CAMPEDELLI, M.C. Como lidar com a dor do idoso. In: RODRIGUES, R.A.P.; DIOGO, M.J.D. Como cuidar dos idosos. Campinas: Papirus, 1996.

PIMENTA, C.A.M.; KOIZUMI, M.S.; TEIXEIRA, M.J. Dor, depressão e conceitos culturais. *Arq. Neuro-Psiquiatria*; 55(3):370-80, 1997.

PIMENTA, C.A.M.; PORTNOI, A.G. Dor e cultura. In: CARVALHO, M.M. Dor: um estudo multidisciplinar. Pp.159-73, São Paulo, Summus, 1999.

PIMENTA, C.A.M.; TEIXEIRA, M.J. Avaliação da dor. *Rev. Med.*; v.1, nº75, pp. 27-35 (Ed. Especial), 1997.

SKIDMORE-ROTH, L. *Nursing drug reference*. St. Louis: Mosby-Year Book, 1998.

TEIXEIRA, M.J. Dor, fisiopatologia e tratamento. In: NITRINI, R. *A neurologia que todo médico deve saber*. Cap.11, pp.203-11, São Paulo: Maltese, 1991.

TEIXEIRA, M.J. Fisiopatologia da dor. *Rev Med.*; 73(2):55-64, 1995.

TEIXEIRA, M.J.; PIMENTA, C.A.M. Tratamento farmacológico da dor. *Rev. Med.*; 76(1):59-70 (Edição especial), 1997.

TEIXEIRA, M.J.; PIMENTA, C.A.M.; NEVES, A.T.A.; PERROTA, A.C. *A dor e seu controle*. Fundação para o Remédio Popular de São Paulo (FURP), São Paulo, 1999.

THIESSEN, B.; PORTENOY, R.K. Adjuvant analgesics. In: KANNER, R. *Pain management secrets*. Philadelphia: Hanley Belfus, pp.176-86, 1997.

THORNTON, D. Psychological constructs and treatment interventions. In: KANNER, R. *Pain management secrets*. Philadelphia: Hanley Belfus, pp.220-28, 1997.

O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte¹

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e que adquire características muito peculiares em nosso País, dada a velocidade com que vem se instalando. Estimativas apontam para uma cifra de 32 a 33 milhões de pessoas com mais de 60 anos² no ano de 2025. Antes denominado *um país de jovens*, hoje o Brasil já pode ser considerado um país estruturalmente envelhecido, segundo padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. Desta forma, é fundamental que as pessoas em geral e os profissionais de saúde em especial compreendam o processo de envelhecimento e suas peculiaridades de forma a direcionarem seus esforços na construção de um futuro digno e humano a todos.

Dentre as muitas definições de envelhecimento, temos utilizado a citada por BABB e adotada pela OPAS na qual “...envelhecer é um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, **não patológico**, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte.”

Desta definição, ressaltam-se alguns pontos:

- o envelhecimento é um processo e, assim sendo, é algo que vai sendo construído no transcorrer da existência humana. Não ficaremos *velhos* aos 60, 70 ou 80 anos, estaremos envelhecendo a cada dia, porém dificilmente isto é aceito pelas pessoas em virtude de mitos e esteriótipos socialmente impostos que colocam o *velho* como uma seção à parte da sociedade para a qual só gera ônus, uma vez que já não faz mais parte do mercado produtivo. Estas imposições sociais são tão expressivas que, na maioria das vezes, as pessoas se referem aos idosos como aqueles que têm pelo menos 15 anos mais que elas, independente da idade que as mesmas possuem. No entanto, é interessante lembrar que só não ficará idoso ou velho o indivíduo

que morrer jovem, o que, sem dúvida, não é anseio nem das pessoas e tampouco da ciência que há muito vem trabalhando para prolongar os anos de existência do ser humano.

- envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam e é, sem dúvida, a maior fase do desenvolvimento humano. Nascemos, crescemos e amadurecemos; e deste momento até a nossa morte, passamos a vida toda envelhecendo. Nesta fase, várias alterações fisiológicas ocorrerão de modo mais ou menos acentuado e com velocidades variáveis entre as diferentes pessoas geralmente relacionados a variáveis pessoais.

Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva de nossa **reserva funcional**. Isto significa dizer que um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente; porém, quando submetido a situações de estresse físico, emocional, etc. pode apresentar dificuldades em manter sua homeostase manifestando, assim, sobrecarga funcional, que pode culminar em processos patológicos.

O conhecimento e a compreensão de tais alterações são essenciais para evitar dois grandes equívocos assistências citadas por Jacob Filho, onde:

- sinais e sintomas próprios da senescência são equivocadamente atribuídos a doenças, determinando a realização de exames e tratamentos desnecessários. Nada mais é do que “diagnosticar” o envelhecimento como doença;

- todas as alterações encontradas em um idoso são erroneamente atribuídas ao seu envelhecimento natural, impedindo a detecção de processos patológicos passíveis de tratamento e/ou cura.

Neste capítulo, busca-se discorrer sobre alguns aspectos do processo de envelhecimento e suas consequências e refletir sobre o cuidado com a pessoa idosa.

¹Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da EEUSP.

²Segundo a Lei no. 8842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu cap.I, art. 2o., “considera-se idoso, para efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade”.

³Senescência compreende as alterações fisiológicas decorrentes do processo de envelhecimento e Senilidade diz respeito às patologias mais freqüentemente

Aspectos psicológicos e cognitivos

A compreensão do estado emocional de um idoso implica na contextualização de sua história de vida, considerando que suas reações emocionais provavelmente estão diretamente relacionadas com as vivências que acumulou no transcorrer de sua existência.

Segundo GAVIÃO, “...devemos esperar de um adulto psiquicamente saudável um equilíbrio efetivo entre a satisfação de suas necessidades pessoais e a de seus objetos de amor; maior tolerância às frustrações e controle dos impulsos agressivos, uma auto imagem positiva e maior eficácia na avaliação da realidade”, aspectos estes considerados essenciais a um envelhecimento bem-sucedido, que dependerá, portanto, de laços afetivos satisfatórios, tolerância ao estresse, espontaneidade, otimismo, capacidade de atualizar-se e de sentimentos de segurança e auto-estima.

Um envelhecimento bem-sucedido relaciona-se à maneira pela qual um idoso consegue adaptar-se às inúmeras situações de ganhos e perdas com as quais se depara. Conforme explicita NERI, esta balança torna-se menos positiva com o passar dos anos em decorrência de inúmeras perdas normalmente vivenciadas pelos idosos, como, por exemplo: aposentadoria, mudanças de papéis sociais, os *handcaps*, perda de entes queridos, maior distanciamento dos filhos, perdas cognitivas e de funções orgânicas, alterações na própria auto-imagem e consciência da maior proximidade da morte.

O enfrentamento de tais situações está diretamente relacionado à maneira pela qual o indivíduo vivenciou e se posicionou previamente em situações parecidas. Isto é denominado competência intelectual (EBERSOLE), onde “Envelhecer bem é aceitar a velhice como um bem. Para atingir a sabedoria e a serenidade e para inventar uma nova maneira de viver, é preciso ter sido capaz de adaptar-se ao longo da vida. Na medida em que se soube viver, também se deve saber e ser capaz de envelhecer.”

Todavia, adaptação é diferente de resignação. Ao se adaptar, um indivíduo continua a viver utilizando-se de estratégias que o auxiliam na conservação de sua auto-estima, mantendo um equilíbrio mínimo e o estimulando a enfrentar

novos desafios.

Os aspectos positivos relacionados a esta fase da vida dizem respeito ao acúmulo de experiência e à compreensão ampla, realista e objetiva da própria existência. Sua contribuição na construção da história viva de uma sociedade é fundamental e se relaciona à valorização de seu passado e de seus conhecimentos e vivências.

Assim, senescênciça psíquica, conforme descrito por GAVIÃO “...é a possibilidade do idoso encontrar satisfação de viver, apesar do enfrentamento de perdas ou de um estado de doença, o que dependerá de um funcionamento psíquico no qual prevaleçam sentimentos amorosos e construtivos mesmo em situações adversas. Reações depressivas, algum nível de ansiedade e de instabilidade emocional são esperados e não devem ser confundidos com psicopatologias.” Já a senilidade psíquica, continua a autora, está mais diretamente relacionada a psicopatologias prévias, onde o profissional de saúde que se depara com sintomas emocionais, tais como: alto nível de angústia, desmotivação, agressividade acentuada e comportamentos bizarros, deverá solicitar um psicodiagnóstico cuidadoso para o adequado acompanhamento deste idoso.

A diminuição fisiológica de algumas funções cognitivas representa um dos maiores *fantasmas* para os idosos por significar uma ameaça ao seu bem-estar e à sua auto-estima. As perdas neurológicas, entretanto, são as primeiras a aparecerem. Do nascimento, a partir de um total de cerca de 10 bilhões, há uma perda de 50.000 neurônios por dia. Estudos indicam que nos idosos estas perdas situam-se na faixa de 20% a 40%. Apesar da diminuição progressiva, ela não impede o funcionamento mental e psicológico do idoso.

As funções intelectuais mais atingidas são: a memória, o tempo de reação e a percepção, estas últimas são expressas pela redução da capacidade de receber e tratar informações provenientes do meio ambiente, prejudicando sua capacidade de interação e interferindo na sua capacidade de adaptação. Aos profissionais cabe auxiliar os idosos nem sua adaptação frente a tais perdas, de modo que eles possam se manter alertas e em contato com o meio. O quadro a seguir sintetiza algumas das alterações observadas nos idosos mais freqüentemente e sugere algumas intervenções:

Modificações nas funções cognitivas	Intervenções
<p>Inteligência:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. não se pode afirmar que haja declínio acentuado com o avançar da idade b. maior estabilidade e performance intelectual c. fadiga mental, desinteresse, diminuição da atenção e concentração geralmente estão associadas ao declínio da inteligência d. estudos mostram uma relação direta entre a presença de doenças e o declínio das capacidades cognitivas e. características pessoais como aptidões intelectuais anteriores, escolaridade, nível sócio-econômico e atividades influenciam a performance intelectual f. há um ligeiro declínio nas aptidões psico-motoras em especial as relacionadas à coordenação, à agilidade mental e aos sentidos (visão e audição) levando os idosos a um desempenho menos satisfatório quando submetidos a testes que exigem rapidez de execução, longa duração, são muito competitivos e só estimulam aptidões não verbais, 	<p>Inteligência:</p> <ul style="list-style-type: none"> a. manutenção das aptidões através do contínuo desempenho de atividades cognitivas b. propiciar constantemente novas oportunidades de aprendizado c. disponibilizar tempo adequado para a realização de testes de inteligência, preferindo os que incidem sobre a percepção d. evitar testes cronometrados e dar importância relativa ao tempo de realização dos mesmos e. estimular a volta aos estudos(grupos de terceira idade) ou ao desempenho de atividades laborativas
<p>Memória e aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> a. as alterações na memória e aprendizagem dos idosos não estão claramente identificadas mas há indicações de prováveis relações com as alterações químicas, neurológicas e circulatórias que afetam a função cerebral como , dos neurônios do SNC, diminuição da eficácia da oxigenação e nutrição celular e diminuição na aprendizagem associada às deficiências nas sinapses b. diminuição da motivação, do estado de saúde e experiências prévias de aprendizagem parecem influir nas modificações observadas no envelhecimento c. assimilação mais lenta d. diminuição da memória a curto prazo (imediata) e. conservação da memória de longo prazo (fixação) f. conservação da capacidade de aprendizagem g. dificuldade na organização e utilização das informações armazenadas h. diminuição da memória visual e auditiva a curto prazo 	<p>Memória e aprendizagem</p> <ul style="list-style-type: none"> a. dar tempo suficiente para a memorização e aprendizado respeitando o ritmo do idoso b. considerar aprendizados anteriores c. valorizar e utilizar a memória de longo prazo d. utilizar a memória visual e. considerar limites físicos e intelectuais f. propor sessões curtas g. utilizar vocabulário simples h. evitar a memorização de coisas não essenciais i. valorizar os esforços j. repetir intencionalmente k. ser o mais concreta e realista possível l. utilizar materiais manipuláveis
<p>Tempo de Reação</p> <ul style="list-style-type: none"> a. diminuição da rapidez dos reflexos e da execução de gestos b. aumento do tempo de reação <ul style="list-style-type: none"> b1. diminuição da acuidade visual e auditiva b2. diminuição da resposta motora a um estímulo sensorial b3. diminuição da memória recente b4. diminuição da motivação b5. ausência de contatos significativos b6. presença de doenças 	<p>Tempo de Reação</p> <ul style="list-style-type: none"> a. planejar as intervenções junto com os idosos adequando-as a suas alterações b. auxiliar na compreensão destas alterações permitindo assim uma melhor adaptação do mesmo

Extraído de Berger,L; Mailloux-Poirier, M Pessoas Idosas: uma abordagem global, Lusodidacta, 1995.

Aspectos biofuncionais

O processo de envelhecimento inicia-se geralmente na segunda década de vida, porém é pouco perceptível. Já ao final da terceira década surgem as primeiras alterações funcionais ou estruturais. A partir da quarta década há uma perda aproximada de 1% da função/ano nos diferentes sistemas orgânicos.

Estas alterações fisiológicas possuem um efeito acumulativo e gradativamente vão diminuindo a reserva funcional do indivíduo, comprometendo sua capacidade de adaptação às modificações do meio interno e/ou externo. CONFORT caracterizou o envelhecimento *pela progressiva incapacidade de manutenção do equilíbrio homeostático em condições de sobrecarga funcional*. A homeostase representa um equilíbrio dinâmico e compreende a

automaticidade dos mecanismos homeostáticos e a ritmicidade das alterações produzidas no meio interno que se diversificam ao longo do tempo.

Os mecanismos homeostáticos são processos de auto-regulação que preservam a capacidade de um organismo para se adaptar aos estressores e simultaneamente manter o equilíbrio interno. Tais mecanismos são desenvolvidos junto à evolução humana e se destinam à manutenção automática do equilíbrio interno a despeito das agressões a que possa ser submetido. Portanto, preservam a integridade do organismo contrabalanceando os estressores e compensando suas consequências, procurando, assim, corrigir automaticamente quaisquer desvios da normalidade. Estão intimamente relacionados ao sistema neuroendócrino, enviando sinais para os sistemas cardiovascular, respiratório, genitourinário, digestivo e renal. A descompensação de um sistema produz desequilíbrios em outros sistemas. Tais mecanismos visam minimizar a diferença entre a forma pela qual um sistema funcionaria idealmente e a forma pela qual, de fato, ele está funcionando. Isto ocorre dentro de limites controlados (feedback, interação do meio interno com o meio ambiente),

levando ao que se denomina equilíbrio homeostático.

Quando o sistema homeostático está comprometido (o que ocorre com o avançar da idade), o organismo pode, frente a um fator estressor, entrar em ruptura completa ou numa situação de funcionamento inteiramente nova.

A progressiva diminuição da capacidade de manutenção do equilíbrio homeostático observada nos idosos, em condições basais, normalmente não produz distúrbio funcional, porém, sob influência acentuada de fatores estressores, há um aumento da probabilidade do desenvolvimento de morbidades.

As alterações biofuncionais observadas no envelhecimento podem ser classificadas de várias formas. Por ser de mais fácil compreensão, adotou-se neste texto a proposta por KENNEY, onde:

a) a função é afetada em condições basais ou de repouso (por exemplo, órgãos dos sentidos);

b) a função é afetada apenas quando o órgão ou sistema é solicitado a aumentar sua atividade (por exemplo, s. cardiovascular, s. respiratório, etc.).

O quadro a seguir demonstra as principais alterações biofisiológicas verificadas no processo de envelhecimento:

Alterações biofisiológicas observadas no processo de envelhecimento

ALTERAÇÕES ORGÂNICAS

COMPOSIÇÃO CORPÓREA

- Diminuição da água corporal total (de 70% em crianças para 52% no idoso)

OBS: O idoso fica assim a um limite tênue da desidratação. Perdas moderadas de líquidos podem evoluir rapidamente para um processo de desidratação evidente.

GORDURA

- Há uma distribuição mais centrípeta da gordura corporal

ESTATURA

- Mantém-se até os 40 anos, depois diminui cerca de 1 cm por década
- Esta diminuição acentua-se após os 70 anos em virtude de:
 - achatamento vertebral
 - redução dos discos intervertebrais
 - presença de cifose dorsal
 - arqueamento dos MMII
 - achatamento do arco plantar

PESO

- tendência a diminuir após os 60 anos em virtude da diminuição da massa muscular e, do peso dos órgãos.

ALTERAÇÕES MORFOLÓGICAS

- aumento da circunferência crâniana
- aumento da amplitude do nariz
- aumento do pavilhão auricular
- aumento do diâmetro antero-posterior do tórax
- diminuição do diâmetro transverso do tórax

ALTERAÇÕES TEGUMENTARES**PELE**

- lentificação da renovação epidérmica
- adelgaçamento da derme
- diminuição da elasticidade (diminuição de fibras elásticas, surgimento de rugas)
- diminuição da lubrificação tegumentar (diminuição glândulas sebáceas)
- pele mais ressecada diminuição das glândulas sudoríparas)
- diminuição tecido subcutâneo em membros (superiores e inferiores) e face e consequente diminuição da proteção tecidual com maior propensão a instalação de lesões
- hipertrofia das células de pigmentação (manchas senis)
- despigmentação e palidez (diminuição de capilares e melanócitos)

PELOS E FÂNEROS

- diminuição da pilificação em geral
- pilificação em regiões anômalas (devido a alterações hormonais, hipertricose em mulheres)
- pelos menos espessos e mais fracos
- perda gradativa da pigmentação (diminuição da atividade dos melanócitos)
- crescimento lentificado e espessamento das unhas (diminuição da circulação periférica)
- unhas mais secas e quebradiças

OLHOS

- mais fundos (diminuição da gordura orbitária)
- surgimento do arco senil (acumulação de lipídeos)
- diminuição da elasticidade do cristalino e diminuição da acomodação visual (diminuição da capacidade de focar objetos próximos – presbiopia)
- diminuição do tamanho da pupila e diminuição da velocidade de resposta à luz (> dificuldade de adaptação à diferentes luminosidades)

OUVIDOS

- o tímpano torna-se mais espesso (tendência à formação de tampões de cerume)
- degeneração do ouvido interno e do nervo auditivo levando a presbiacusia (, da capacidade auditiva para altas freqüências). Isto impede a audição de consoantes, de acordo com o ruído ambiental fazendo com que o idoso ouça mas não compreenda o que lhe é dito)

BOCA

- boca mais seca (diminuição na produção de saliva e da sua qualidade)
- diminuição do paladar (em especial para doces e salgados)
- diminuição da superfície das gengivas dificultando a fixação de prótese dentária e tornando-as mais friáveis
- tendência à perda progressiva dos dentes que tornam-se mais escuros (diminuição do esmalte e depósitos minerais)
- lentificação do reflexo nauseativo aumentando as possibilidades de esgagamento

NARIZ

- aumento de tamanho (crescimento contínuo)
- diminuição da capacidade olfativa
- aumento da pilificação interna (em número e espessura)

SISTEMA MUSCULOESQUELÉTICO

- diminuição da massa corporal total
- diminuição da força, tônus e velocidade de contração muscular (lentificação dos movimentos)
- aumento da base de sustentação (alteração na marcha)
- diminuição dos movimentos de braços ao movimentar-se
- diminuição da massa óssea (osteopenia)
 - aumenta com a menopausa (diminuição dos estrógenos)
 - pode ocorrer osteoporose
 - > possibilidade de fraturas e deformação das vértebras (tendência à cifose dorsal)

SISTEMA RESPIRATÓRIO

- diminuição da capacidade vital (em + ou - 25%)
- aumento da capacidade residual
- diminuição da capacidade respiratória total (em + ou - 50%)
- diminuição da eficácia e da capacidade pulmonar
- diminuição da elasticidade e permeabilidade dos tecidos que cercam os alvéolos (diminuição da taxa de absorção de O₂)
- diminuição da elasticidade pulmonar (rigidez pulmonar)
- diminuição da capacidade inspiratória
 - calcificação das cartilagens intercostais
 - diminuição da contratilidade dos músculos inspiratórios
 - diminuição da elasticidade do tecido pulmonar

- enfraquecimento dos músculos do diafragma e intercostais
 - diminuição da eficiência da tosse
 - aumento do lúmen, diminuição dos cílios e seu movimento
 - aumento das glândulas brônquicas de muco
 - diminuição da função pulmonar em geral tornando os pulmões mais vulneráveis
- } diminuição das trocas gasosas
acúmulo de secreções
dificuldade de expectoração
- aumento da
possibilidade de
infecções

SISTEMA CARDIOVASCULAR

CORAÇÃO

- aumento do colágeno no pericárdio e endocárdio
- degeneração das fibras musculares do miocárdio e hipertrofia das remanescentes
- espessamento e calcificação das valvas
- diminuição da força de contração cardíaca
- diminuição capacidade máxima do coração
- diminuição do débito cardíaco (em até 50%)

VASOS SANGUÍNEOS

- aumento do colágeno e diminuição da elastina -> rigidez da parede dos vasos
- aumento da espessura e diminuição da luz dos vasos -> comprometimento circulatório

SISTEMA GASTROINTESTINAL

- lentificação do esvaziamento esofágico devido à dilatação do terço inferior do esôfago
- diminuição das enzimas digestivas e pancreáticas
- diminuição da pepsina e ácido clorídrico em até 60% (lentificação do processo digestivo)
- diminuição das lipases gástricas e intestinais
- diminuição do volume e peso do fígado - diminuição da massa celular hepática funcional
- alterações no metabolismo hepático de várias substâncias, inclusive as drogas, podendo resultar em aumento de seus níveis séricos e do tempo de excreção da mesma
- diminuição da motilidade intestinal
- deterioração das superfícies de absorção intestinal
- diminuição do tônus muscular do esfínter interno do intestino grosso
- diminuição do tônus muscular intestinal e da motilidade à obstipação

SISTEMA RENAL E URINÁRIO

- aumento do tecido conjuntivo intersticial
- diminuição do tamanho e peso dos rins
- diminuição do número de néfrons
- alterações tubulares
- diminuição da filtração glomerular em até 45% entre os 20 e os 90 anos
- diminuição do fluxo sanguíneo em até 53%
- diminuição da filtração tubular em até 50% aos 70 anos
- lentificação da excreção dos metabólitos
- alteração na capacidade de concentração e diluição urinárias

}

*Em condições basais é suficiente
mas em sobrecarga pode
apresentar
distúrbio levando ao
comprometimento
da função renal*

SISTEMA GENITAL

NAS MULHERES:

- com a menopausa:
 - diminuição na produção hormonal
 - diminuição dos pelos pubianos
 - diminuição atrofia dos grandes lábios, colo uterino e vagina
 - diminuição dos ovários, trompas e útero
 - diminuição da extensão da vagina (mais curta, menor elástica e menos lubrificada)
 - relação sexual tende a ser mais dolorosa para as mulheres
 - > risco de infecções vaginais

NOS HOMENS:

- aumento no tamanho da próstata (hipertrofia benigna)
- ereção mais lenta
- diminuição da sensibilidade peniana e do tamanho testicular
- aumento o período refratário pós ereção
- ejaculação é retardada
- diminuição do volume do esperma

TERMORREGULAÇÃO

- diminuição dos sensores para frio menos lentificação da resposta neuronal, assim o frio é sentido mas não é reconhecido e portanto, nenhuma reação protetora é ativada
 - alterações vasculares (dificuldade de contração e dilatação dos vasos em função dos estímulos nervosos) leva a uma diminuição da resposta ao frio
 - idoso diminuição a atividade física em geral
 - diminuição do metabolismo basal
- } < produção de calor

- diminuição da elasticidade dos vasos

> dificuldade em dilatação

> dificuldade em perder calor

- diminuição da atividade das glândulas sudoríparas

} Hipertermia

SONO E REPOUSO

- diminuição do número de horas de sono requeridas

• diminuição de 50 % do sono profundo

- idosos acordam com mais facilidade e demoram mais para adormecer

Baseado em RUIPÉREZ, I; LLORENTE, P. Geriatría, McGraw Hill, Rio de Janeiro, 1998.

Todas as alterações relacionadas são fisiológicas e ocorrerão de forma individual em cada idoso. Embora não sendo patológicas, o acúmulo destas alterações, com o transcorrer do tempo, pode levar à limitação das chamadas atividades de vida diária do idoso. Este quadro torna-se mais acentuado e mais rápido na vigência de doenças geralmente crônicas-degenerativas. Estudo realizado nos EUA demonstrou que 5% dos idosos com idades entre 65 e 74 anos quererem auxílio nas AVDs, 35% entre os de idades compreendidas entre 75 e 85 anos e 50% para os maiores de 90 anos. Estudos demográficos demonstram que, dentre os idosos, a população que mais cresce é justamente as de maiores de 80 anos, o que implica numa atenção diferenciada dos programas de saúde considerando todas as alterações estruturais que vêm ocorrendo nas famílias, antes responsáveis pelas ações de cuidados aos seus indivíduos idosos.

A presença ou instalação de processos patológicos em indivíduos idosos pode ocasionar rápida alteração no quadro funcional dos mesmos. De totalmente independentes, eles podem passar muito rapidamente para uma condição de parcial ou totalmente dependentes, em virtude da dificuldade de adaptação homeostática frente à velocidade de perda de reserva funcional. A adequada assistência aos idosos baseia-se na capacidade técnica de avaliação correta da problemática instalada e de intervenções precoces e eficientes e também na premissa de que o idoso é, em princípio, competente para se cuidar e, portanto, autônomo em suas decisões, seja ou não independente para realizá-las.

Não é incomum que idosos, temporária ou definitivamente dependentes fisicamente, tenham sua autonomia retirada pelos familiares e pelos profissionais que associam a perda física necessariamente à perda cognitiva e à capacidade decisória, o que em muitas ocasiões, não é verdade.

A compreensão destas diferenças é fundamental para a execução de uma assistência de qualidade, onde deve predominar o “assistir a” e não o “fazer por”. Esta segunda prática, ainda mais comum no cuidado ao idoso, é baseada na crença errônea de que isto “...é melhor, mais esperado e mais desejável...” a ser feito para alguém que “...perdeu completamente sua autonomia em virtude da idade, das doenças, da degeneração cognitiva, da desmotivação e muitas vezes da pobreza.” (Pavarini, 1996).

Assistir adequadamente ao idoso baseia-se na avaliação adequada e conjunta da equipe interprofissional, de qual é a real capacidade funcional deste idoso, identificando seu nível de dependência, suas capacidades presentes e, sobretudo, seu potencial remanescente, que pode não estar sendo reconhecido, sequer, pelo próprio idoso e muito menos pelos que o cercam. Esta avaliação sempre envolverá o polinômio idoso-cuidador-família e é a eles que deverá ser direcionado o nosso olhar.

O cuidador é a pessoa designada pela família para o cuidado do idoso, quando isto for requerido. Esta pessoa, geralmente leiga, assume funções para as quais, na grande maioria das vezes, não está preparada. É importante que a equipe tenha sensibilidade ao lidar com os cuidadores familiares, os grandes depositários das informações e

orientações desta mesma equipe e o executor das atividades por ela propostas.

Cabe à equipe jamais se esquecer que esta pessoa não é um funcionário da saúde, não tendo, portanto, a obrigação de compreender as orientações dadas e ele também não é simplesmente um executor de ordens. Não é incomum que cada profissional da equipe dirija-se ao cuidador e lhe forneça uma série de orientações (geralmente em tom de ordem) de forma individual (enfermeiro, fisioterapeuta, nutricionista, etc) e espere que ele seja capaz, sozinho, de associá-las, decodificando-as e executando-as igualmente como faria o próprio profissional. A não-execução adequada de tais orientações geralmente é cobrada e em muitos casos as falhas são consideradas *não-aderência terapêutica*. Esta é uma importante falha da equipe como um todo, que não está direcionando o olhar para a(s) pessoa(s) a quem assiste, mas para si mesma, uma vez que, ao simplesmente fornecer as informações, tem a sensação de dever cumprido. O processo de assistência a idosos, seus cuidadores e familiares é, a nosso ver, um ciclo freqüentemente retroalimentado, ao qual devemos estar permanentemente atentos.

Uma assistência adequada requer uma avaliação minuciosa. Muitas vezes a presença do cuidador familiar durante a avaliação do idoso, é imprescindível, pois este poderá complementar informações ou muitas vezes, fornecê-las, caso o próprio idoso tenha

dificuldade em fazê-lo. A identificação de cuidadores também idosos, muitas vezes doentes, confusos, muito estressados ou ansiosos, deprimidos ou incapacitados para a função assistiva, é mais comum do que se imagina e potencializa a necessidade de apropriação adequada de recursos assistenciais nesta área.

Para a realização de qualquer tipo de orientação torna-se necessária inicialmente a adequada avaliação do idoso e a identificação de suas reais necessidades, o que deve ser realizado pela coleta do histórico do mesmo seguida de seu exame físico. Para o histórico, deve ser disponibilizado tempo e local adequados (no mínimo 30 minutos em local de pouca ou nenhuma circulação e/ou ruído externo), de forma que o idoso possa sentir-se à vontade para discorrer sobre a sua vida. Para o exame físico, deve-se providenciar um local adequado de forma a não expor o idoso desnecessariamente. Tal avaliação deve ter por objetivo a identificação da presença de alterações fisiológicas (descritas anteriormente) e a verificação de anormalidades (que precisarão ser diagnosticadas). O exame físico deve, portanto, ser meticoloso. Após a fase de coleta de dados e identificação de problemas, passa-se à fase de planejamento e implementação da assistência.

O planejamento do cuidado ao idoso deve basear-se na resposta das seguintes questões:

A partir destas respostas, o enfermeiro encontrará as ferramentas necessárias para o planejamento das

1. Que tipo de cuidado será desenvolvido (caráter preventivo, curativo ou paliativo)?
2. Quais e de que tipo são os cuidados requeridos (parciais ou totais)?
3. Por quanto tempo estes cuidados serão necessários?
4. Quem será o responsável pela execução destes cuidados (cuidador, familiar ou o profissional)?
5. Onde serão dispensados estes cuidados (domicílio ou instituição)?
6. Qual a necessidade e a real disponibilidade de recursos existentes (materiais, humanos, financeiros, pessoais e emocionais)?

ações assistidas direcionadas ao idoso, a seu cuidador e à sua família, de forma a garantir a manutenção da dignidade da pessoa assistida como um ser que está vivo, que necessita e merece ser respeitado, além de adequadamente assistido em suas necessidades.

O quadro a seguir mostra algumas intervenções propostas na assistência ao idoso em seu processo normal de envelhecimento:

Intervenções de enfermagem propostas para manutenção de um envelhecimento saudável

Aspectos psicossociais

- observar comportamento verbal e não-verbal do idoso e associá-lo a mudanças recentes em sua dinâmica de vida;
- observar alterações na auto-imagem e autocuidado do idoso;
- verificar interações sociais intra e extra-familiares;
- se adequado, estimular a aquisição de animais

domésticos (importantes na reabilitação emocional de muitos idosos, em especial os que vivem sós);

- auxiliar o idoso no melhor aproveitamento de seu tempo livre (envolvendo-o em atividades produtivas e/ou significativas pessoal ou socialmente);

- promover oportunidades de socialização inter e intra-geracionais;

- prover oportunidades de verbalização sobre a sua história de vida, valorizando-a.

Aspectos nutricionais

- observar alterações de peso (para mais ou para menos) e correlacioná-las com a ingestão alimentar;

- verificar a dieta diariamente ingerida pelo idoso;

- solicitar avaliação de nutricionista caso sejam observadas inadequações.

Cuidados com a pele, pêlos e fâneros

- avaliar a pele quanto a cor, textura e condições e associá-las à idade do idoso

- verificar a presença de lesões, avaliar suas causas e propor tratamento adequado conforme capítulo específico;

- estimular o uso de óleos e loções lubrificantes sobre a pele para compensar as perdas próprias da idade e aumentar a proteção tecidual;

- orientar a higiene corporal com água morna e sabonete neutro evitando procedimentos abrasivos. No caso de ressecamento excessivo, restringir o uso de sabonete apenas à genitália;

- orientar a adequada exposição solar (antes de 10h e após as 16h) e o uso, se possível, de protetores solares;

- verificar alterações relacionadas à distribuição e coloração dos pelos. Mudanças bruscas e acentuadas podem ser indicativas de processos patológicos;

- orientar ao idoso/cuidador a ingestão de líquidos (quentes ou frios), conforme a temperatura externa;

- orientar quanto ao cuidado com as unhas que deverão ser freqüentemente lixadas e não cortadas, evitando pontas que possam ferir e uma espessura inadequada (que pode levar a rachaduras e consequente lesão nos dedos). No caso de idosos diabéticos ou com desordens vasculares periféricas, cuidados especiais deverão ser destinados às unhas e pés;

- orientar a adequação do uso de roupas à temperatura ambiental evitando exposição ao calor ou frio excessivos;

Alterações sensoriais

Visão

- avaliar as perdas visuais e associá-las ao processo de envelhecimento;

- testar reações pupilares;

- questionar quanto à presença de dificuldades visuais (diminuição de acuidade, fotosensibilidade, dificuldade de visão noturna);

- questionar sobre acidentes recentes (choques físicos, quebra de objetos, quedas, etc);

- orientá-lo quanto à necessidade de exame anual da visão e da prevenção de glaucoma;

- sugerir o aumento de luminosidade ambiental (se for o caso), o uso de luzes noturnas e a remoção de fatores de risco de acidentes (retirada de objetos e móveis posicionados em locais inadequados);

- orientá-lo quanto às mudanças fisiológicas e sua adaptação a elas.

Audição

- avaliar as perdas auditivas e associá-las ao processo de envelhecimento;

- questionar quanto a qualquer perda auditiva que o mesmo tenha percebido nos últimos tempos;

- observar comportamentos não-verbais que sugiram perdas auditivas (direcionamento da cabeça, deslocamento do corpo);

- observar erros de compreensão que possam estar associados ao envelhecimento;

- ao conversar com o idoso, posicionar-se frente ao mesmo e dirigir-se a ele em tom normal, olhando para o mesmo enquanto fala. Não há a necessidade de se falar devagar ou de se elevar muito a voz, porque isto pode ser interpretado como uma atitude agressiva;

- na observância de alterações importantes proceda ao exame do canal auditivo e verifique a presença de rolhas de cerume ou de irritação ou secreção local;

- encaminhe para a avaliação auditiva adequada se as alterações forem mais proeminentes.

Paladar

- verifique inadequação alimentar devido a

diminuição do paladar (excesso de sal ou açúcar) e oriente o idoso quanto ao prejuízo que isto pode causar à sua saúde;

- oriente-o quanto ao uso de temperos alternativos e ao uso de adoçantes e sal com baixo teor de sódio.

Olfato

- verifique sinais de queda da capacidade olfativa e oriente ao idoso quanto aos cuidados domésticos, em especial ao uso de gás.

Tato

- verifique mãos, pés e proeminências ósseas observando a presença de lesões decorrentes da diminuição da sensibilidade tátil;

• estimulação tátil é importante para muitos idosos, em especial àqueles com outras diminuições sensoriais; toque-o delicadamente em suas mãos e braços durante sua conversa, demonstrando atenção, carinho e observando suas reações;

• oriente o idoso a utilizar roupas adequadas e luvas de proteção ao lidar com chamas de fogão para evitar acidentes;

• ensine-o a auto-examinar os pés (com o uso de espelhos de aumento) para observar a presença de lesões plantares normalmente não perceptíveis;

• oriente-o sempre a verificar a temperatura da água antes de banhar-se para evitar queimaduras.

Alterações cognitivas

• antes de “rotular” um idoso como confuso, procure verificar se a desorientação ora apresentada não é decorrente do uso de medicações, alterações no sono, ambiente não-familiar ou déficits auditivos e visuais;

• oriente a adequação do ambiente para a segurança do idoso, evitando possíveis acidentes;

• todas as orientações fornecidas devem ser feitas por escrito, de forma clara e legível;

• a presença de alterações cognitivas mais acentuadas deverão ser encaminhadas para avaliação médica, pois podem estar associadas a processos patológicos.

Alterações no sono

- verificar o tempo utilizado pelo idoso para

repouso durante o dia e à noite;

• verificar adequação do tempo de repouso com as atividades desenvolvidas;

• questioná-lo sobre as suas sensações após o período de repouso (sente-se descansado, agitado, ansioso, cansado);

• verificar o uso de medicações que induzem o sono e sua adequação às necessidades do idoso;

• orientar o idoso quantos exercícios durante o dia, leite morno, meditação, música suave que auxiliam na liberação de serotonina que tem um importante papel na indução do sono;

• orientar o idoso que a diminuição do número de horas dormidas é um processo fisiológico normal e que, ao perder o sono, ele poderá dispor de atividades que induzem ao repouso, como leitura de livros poucos estimulantes ou assistir a filmes na TV com pouca ou nenhuma ação de modo a não entretê-lo e, portanto, provocando sono.

Alterações cardiovasculares

• verifique a PA e compare-a com medidas anteriores, buscando identificar e tratar de quadros hipertensivos;

• verifique a presença de hipotensão ortostática;

• indague-o sobre sintomas como: fadiga, dispneia aos esforços pequenos, etc que possam sugerir alterações cardiovasculares;

• verifique a presença de edemas e processos vasculares inflamatórios;

• estimule-o a algum tipo de atividade física durante o dia, adequada à sua condição cardiovascular e condicionamento físico. Caminhadas costumam ser bem recomendadas;

• oriente-o a mudar de posição devagar e descansar quando estiver cansado;

• na presença de alterações vasculares ou edemas, oriente-o ao uso de meias elásticas e elevação dos MMII quando em repouso;

• oriente-o à utilização de meias quentes ao dormir que retiram o desconforto causado pelo frio dos pés devido à inadequação da circulação periférica;

• nunca oriente o uso de bolsas térmicas (elétricas ou mecânicas) para evitar o risco de queimaduras em decorrência da diminuição da sensibilidade tátil.

Alterações respiratórias

- identifique história anterior de tabagismo e antecedentes vacinais contra gripe e pneumonia;
- verifique a existência de alterações respiratórias relacionadas a mudanças sazonais e à qualidade do ar;
- questione-o quanto à freqüência de infecções respiratórias;
- estimule-o à prática de exercícios aeróbicos diários (por exemplo, caminhada) e auxilie-o a maximizar sua função respiratória;
- oriente-o a procurar assistência médica na vigência de quadros respiratórios infecciosos que durem mais que três dias.

Alterações gastrointestinais

- oriente-o quanto à necessidade de ingestão hídrica diária;
- examine mucosas para avaliar hidratação;
- verifique hábitos alimentares e sua relação com qualquer sintoma digestivo;
- identifique o hábito intestinal do idoso e a ocorrência de episódios de constipação ou diarréia e relacione-os aos hábitos alimentares;
- oriente-o quanto à relação da ingestão hídrica, do consumo de fibras e da prática de exercícios regulares para o bom funcionamento intestinal.

Alterações renais e urinárias

- identifique as características dos hábitos miccionais e sua freqüência;
- verifique a presença de dificuldades nas eliminações vesicais, solicitando que o idoso as descreva detalhadamente;
- estimule-os a falar sobre possíveis episódios de incontinência, pois, para a maioria dos idosos, a presença destes quadro é equivocadamente considerada normal no processo de envelhecimento;
- verifique a presença de nictúria e sua relação com alterações do sono;
- oriente o idoso a ingerir de 6 a 8 copos de água por dia, independente da presença de sede, pois este reflexo estará diminuído;
- quando da identificação de incontinência de esforço, oriente-o quanto à realização de exercícios para o fortalecimento da musculatura pélvica pelo

menos duas vezes ao dia;

- verifique o uso e adequação de absorventes para perdas urinárias. O estabelecimento de um programa de reabilitação miccional pode trazer efeitos muito benéficos à auto-estima dos idosos.

Alterações musculoesqueléticas

- verifique alterações na marcha e no equilíbrio e correlacione-as com as alterações musculoesqueléticas;
- identifique limitações nas AVDs devido à diminuição da mobilização;
- examine as articulações identificando a presença de deformidades, crepitação, instabilidade ou diminuição funcional;
- verifique a presença de quadros algicos ou lesões;
- encaminhe as idosas para avaliação médica e possível indicação de reposição hormonal pós-menopausa para a diminuição da ocorrência de osteoporose;
- estimule-o ao exercício físico (por exemplo, caminhada) com exposição ao sol em horários adequados e com a utilização de protetores solares.

Uso de medicamentos

- verifique a prescrição medicamentosa do idoso e a real situação observada quanto ao uso de medicamentos (freqüentemente os idosos fazem uso de mais remédios que necessitam de fato, o que pode ser mais nocivo que benéfico aos mesmos);
- oriente-o quanto aos riscos de ingestão de medicações inadequadas;
- solicite ver o local onde os medicamentos são armazenados e observe a adequação do mesmo, bem como a presença de medicações vencidas ou impróprias à utilização pelo idoso;
- verifique a organização do idoso para a ingestão dos medicamentos (costuma esquecer, faz uma distribuição diária ou semanal, etc.);
- auxilie-o na organização destas prescrições de forma que o mesmo possa ingerir adequadamente suas medicações sem o risco de esquecê-las ou de abusar de sua ingestão;
- verifique sinais e sintomas de manifestações tóxicas relacionadas ao uso inadequado de medicamentos pelos idosos;

• verifique se a presença de quadros confusionais pode ser droga-relacionados;

• oriente ao idoso só ingerir medicações prescritas por seu médico e, caso ele seja acompanhado por mais de um profissional, sempre informá-los sobre as prescrições de seus colegas.

Todas as intervenções acima propostas relacionam-se à preservação da integridade do idoso sem alterações patológicas. A identificação de qualquer processo anormal requer intervenção apropriada e individualizada.

Não houve neste texto a pretensão de esgotar qualquer aspecto relacionado à avaliação global do idoso, por ser esta ampla e complexa. Nossa única intenção foi sensibilizar os leitores a direcionar seu olhar de forma mais acurada aos seus pacientes idosos e seus respectivos cuidadores e familiares de maneira a propiciar uma assistência mais adequada e humanizada aos mesmos.

Encerramos o presente com a colocação do The Age Concern England, de 1998, que diz:

"Pessoas idosas não são uma seção à parte da sociedade. São simplesmente pessoas que envelheceram. Elas não necessitam ou desejam as mesmas coisas. Suas necessidades e talentos são tão diversificados como em outras gerações e elas têm uma grande variedade de características humanas. Todas elas devem ter a liberdade para escolher seu estilo de vida. Devem ainda ter suas opiniões ouvidas e respeitadas e devem ser capazes de exercer influência sobre os acontecimentos que as cercam. No presente essas aspirações, apenas razoáveis, são negadas a muitos idosos devido a circunstâncias sobre as quais eles têm pouco ou nenhum controle."

Nossa função é permitir que isto ocorra.

Ao final do capítulo, a(o) enfermeira(o) deverá obter subsídios para:

• Conhecer as principais alterações que caracterizam o envelhecimento fisiológico;

• Estruturar a intervenção de enfermagem voltada para a manutenção da qualidade de vida do idoso.

BIBLIOGRAFIA

BERGER,L; MAILLOUX-POIRIER, M. Pessoas Idosas: uma abordagem global, Lisboa, Lusodidacta, 1995.

DUARTE, YAO. Princípios de assistência de enfermagem em gerontologia. In: PAPALEO NETTO, M. Gerontologia, São Paulo, Atheneu, 1996.

DUARTE, YAO. Assistência de enfermagem ao idoso. I Bienal de Enfermagem de Botucatu, Anais, pp.106-15. Botucatu, 1999.

DUARTE, YAO; DIOGO, MJD. Assistência domiciliária: um enfoque gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2000.

GAVIÃO, ACD. Aspectos psicológicos e o contexto domiciliar In: DUARTE, YAO; DIOGO, MJD. Assistência domiciliária: um enfoque gerontológico. São Paulo, Atheneu, 2000.

JACOB FILHO, W; SOUZA, RR. Anatomia e fisiologia do envelhecimento. In: CARVALHO FILHO, ET; PAPALEO NETTO, M. Geriatria:fundamentos, clínica e terapêutica. São Paulo. Atheneu, 1994.

NERI, AL. Psicologia do envelhecimento. Campinas, Papirus, 1995.

ORGANIZACION PANAMERICANA DE LA SALUD Enfermeria gerontológica:conceptos para la práctica. (Série Paltex no. 31). Washington, 1993.

PAVARINI, SCI. Dependência comportamental na velhice: uma análise do cuidado prestado ao idoso institucionalizado. Tese (Doutorado), Campinas: UNICAMP, 1996.

RUIPÉREZ, I; LLORENTE, P. Geriatria, Rio de Janeiro, McGraw Hill, 1998.

SAÚDE MENTAL

A Saúde Mental no Programa Saúde da Família

Márcia A. Ferreira de Oliveira¹
Luciana de Almeida Colvero²

Introdução

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição de 1998 e por leis complementares no campo da saúde, tem como pressupostos básicos os princípios da universalização da integralidade, da descentralização e a participação popular.

O fato apresentado coloca-nos diante da constatação que houve avanços na legislação do setor, porém, o mesmo não pode ser evidenciado na prática efetiva dos serviços de atenção à saúde da população.

O modelo de assistência que predomina no País tem suas práticas centradas no atendimento terciário e que tem o hospital como meio e fim do cuidado aos indivíduos que sofrem agravos à saúde.

Considerando a realidade apresentada, o Ministério da Saúde, em 1994, instituiu um novo modelo de atenção à saúde da população, que busca a reorientação do modelo tradicional vigente, o qual está centrado no Programa de Saúde da Família.

Segundo COSTA NETO (2000), “*A estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida.*”

Essa estratégia tem como premissa básica a vigilância à saúde e o enfoque de risco como metodologia que orienta os trabalhos, tendo em vista o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis, procurando adequá-los às reais necessidades da população.

Dessa forma, a família foi eleita em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde. Para dar conta desse novo objeto de atenção, está em questão a importância de que o enfermeiro e toda a equipe de saúde percebam a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivo, tendo sempre em vista os indivíduos como sujeitos-cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto

sociofamiliar.

Essas importantes mudanças no sistema de saúde do País, no momento atual, caracterizam um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de Saúde Mental.

Afinal, são quatrocentos milhões de pessoas que sofrem, hoje, no mundo de perturbações mentais e neurológicas ou problemas psicológicos. Além do sofrimento e da falta de cuidados, essas pessoas vivenciam o estigma, a vergonha e a exclusão e com muita freqüência a morte (OPAS, 2000).

No Brasil, segundo ALVES *et al.* (1994), “...a prevalência global de transtornos mentais na população brasileira está estimada em 20%. Pesquisas epidemiológicas realizadas em cidades brasileiras de diferentes regiões encontram prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam de 34% (Brasília e Porto Alegre) e 19% (São Paulo)...”, dados que ainda são representativos nos dias de hoje.

Em face do exposto, entende-se a pertinência da apresentação de alguns aspectos relevantes que estão a nortear o campo da saúde mental, buscando contribuir para articulação da diáde proposta, Saúde Mental no Programa de Saúde da Família.

O Campo da Saúde Mental: Bases Histórico-Conceituais

Historicamente, a loucura apresenta-se como um fenômeno social interpretado de diversas maneiras. Pretendemos relatar brevemente alguns marcos históricos, fatos estes que o leitor poderá aprofundar por meio da literatura recomendada.

As sociedades pré-industriais possuíam uma interpretação mágico-religiosa da loucura atribuindo as crises de agitação psicomotoras, por exemplo, às forças sobrenaturais, como obra do demônio, maus espíritos. Nesse contexto, é importante destacar a

tolerância existente com os sofredores de todos os tipos, os incapacitados, “...os improdutivos e os que raciocinam com outra lógica.” (SERRANO, 1982).

Com o advento da industrialização, a ideologia religiosa perde sua força explicativa do mundo; neste caso, os loucos e pobres, dentre outros indivíduos que viviam à margem da sociedade da época, passam a serem vistos como uma ameaça à nova ordem social capitalista pois, viviam fora da norma e moral vigentes. A solução dada ao problema que representavam foi o encaminhamento destes seguimentos da população para as prisões e, posteriormente, para os asilos montados nos antigos leprosários.

A psiquiatria que até então não se constituía como uma especialidade médica nasce nesse contexto e se organiza em torno da prática asilar sob a responsabilidade de médicos; a loucura passa, então, a ser entendida como uma doença.

No Brasil, foi na passagem do período colonial para o republicano que assistimos a inscrição da loucura enquanto objeto da medicina, “...momento que os loucos passam a ser considerados doentes mentais, merecedores, portanto, de um espaço social próprio, para sua reclusão e tratamento.” (AMARANTE, 1994).

Muitos fatos vão se suceder no modo como a sociedade moderna irá interpretar e se relacionar com o sofrimento mental nos diversos contextos sócio-históricos. Aliás, como destaca SERRANO (1982), “...a psiquiatria não é uma ciência nem pura e nem neutra, ela é governada pela visão de mundo, mentalidade e ideologia da sociedade que a pratica e patrocina.”

Desde a sua organização como especialidade médica, a psiquiatria tem estado em permanente discussão no que diz respeito à ênfase dada ao modelo biológico de compreensão do processo saúde doença mental. Esse modelo tem o espaço hospitalar como local de tratamento do indivíduo doente, numa “perspectiva de cura”, mediante o uso de terapias farmacológicas.

Decorre, pois, de olhares críticos ao campo teórico-assistencial da psiquiatria um movimento dinâmico de proposição de práticas reformadas ao modelo de atenção da psiquiatria clássica em várias partes do mundo. Como experiências mais significativas temos as comunidades terapêuticas na Inglaterra e Estados Unidos, Psicoterapia Institucional na França, Psiquiatria de Setor na

França, Psiquiatria Comunitária ou Preventiva nos Estados Unidos, Antipsiquiatria na Inglaterra e Psiquiatria Democrática na Itália.

Como desdobramentos dessas trajetórias, tem-se o surgimento do conceito de saúde mental como um novo objeto superando a idéia de prevenção das desordens mentais da psiquiatria higienista “...para alcançar o projeto de promoção da saúde mental.” (AMARANTE, 1995).

O conceito de saúde mental congrega as noções da “condição desejada de bem-estar dos indivíduos” e das “ações necessárias que possam determinar essa condição”. Assim, saúde mental é um conceito complexo na medida em que considera as dimensões psicológicas e sociais da saúde e os fatores psicossociais que determinam o processo saúde-doença. (SARRACENO, 1999).

No Brasil, a Reforma Psiquiátrica organiza-se com base nos pressupostos da Reforma Sanitária e da Psiquiatria Democrática Italiana, tendo como base a dimensão desinstitucionalizante desses movimentos.

A desinstitucionalização é um conceito que opera com a metáfora da desconstrução do modelo manicomial, isto é, decompondo o agir institucional por meio de um conjunto de estratégias que dialeticamente desmontam e desconstróem os modelos de soluções instituídos. Buscando “...compreender os problemas, usando os mesmos espaços, os mesmos recursos, decompondo os sistemas de ações, de interações e de justificação no qual cada elemento se insere.” (BARROS, 1994).

Como decorrência, foram observados, nos países da Europa, Estados Unidos e também no Brasil, reflexos no “redimensionamento dos contingentes manicomiais”, que demandam por respostas mais complexas orientadas pelas mudanças nas dinâmicas sociais, culturais e econômicas que influenciam a condição dos doentes mentais”.

A Reabilitação Psicossocial como uma abordagem cuja estratégia global “...implica numa mudança total a toda a política dos serviços de saúde mental por isso ela deve englobar os trabalhadores de saúde - saúde mental, e a todos os trabalhadores do processo saúde-doença, ou seja, todos os usuários, todas as famílias dos usuários e finalmente, a comunidade inteira.” (PITTA, 1996).

A Saúde Mental na Comunidade: O Projeto da Reabilitação Psicossocial

Sabe-se o ônus que as perturbações mentais e cerebrais representam para as pessoas e as famílias por elas afetadas. Poucas são as famílias que estão livres de se defrontar com perturbações mentais ou que necessitem de assistência e atenção durante um período difícil.

É de nosso conhecimento que um modelo de atenção à saúde mental, que procure dar conta da complexidade que envolve o sujeito que sofre, deva partir da consideração dos sentidos atribuídos a essa experiência pelos indivíduos na relação com o contexto cultural mais amplo ao qual pertencem (ALMEIDA, 1999).

Isso posto, um trabalho de saúde mental na comunidade, visando a promoção, prevenção e o tratamento dos casos identificados, precisa apoiar-se num conjunto de ações que visem “o melhoramento ou a manutenção da saúde da população”. Estas ações organizam dentro da “lógica extramural” e da “lógica da reconstrução da cidadania plena.” (SARRACENO, 1999).

Saúde Mental e Família

A partir da década de 50, na área de saúde mental, teve início um trabalho com famílias e desde então se começou a observar como elas atuavam no sentido de reforçar ou manter a enfermidade de um membro doente.

Na década de 90, observou-se a presença cada vez mais marcante de usuários e familiares como protagonistas no cenário da reforma psiquiátrica no Brasil.

Os novos protagonistas introduziram novas e imprevisíveis possibilidades no intrincado tabuleiro de xadrez da psiquiatria brasileira. Assim, os usuários e familiares estão deixando de ser apenas objeto de intervenção técnica para assumirem, de fato, o papel de agentes transformadores da realidade, opinando e participando ativamente das discussões sobre as políticas de saúde mental.

Acredita-se que qualquer tentativa de tratar o indivíduo isoladamente de sua família é inútil para ele, pois os principais passos para a promoção da saúde mental e seu tratamento devem ser planejados dentro do contexto familiar. Isso porque quando uma pessoa apresenta um problema mental não apenas

ela sofre, mas também toda a sua família e, assim, ambos precisam de apoio e acompanhamento.

O entendimento da família apresenta-se sob os mais variados tipos: há a família chamada nuclear, composta pelo pai, mãe e filhos e a extensa ou ramificada, quando diferentes gerações são incluídas. Algumas delas incluem, entre seus membros, também as pessoas com quem mantêm estreitos laços afetivos, enquanto que outras pessoas definem como família apenas seu círculo de amigos íntimos com os quais não possuem nenhuma consanguinidade, principalmente quando se fala de família e saúde mental.

Na prática profissional, percebe-se que as famílias demonstram dificuldades em lidar com a noção de doença mental, ou seja, pedem esclarecimentos sobre a mesma e orientações sobre o relacionamento no domicílio.

Outros aspectos observados dizem respeito à sobrecarga que os familiares vivenciam em relação às condições precárias de moradia, desemprego e atividade para o doente mental na comunidade.

Dessa forma, pode-se dizer que se o profissional investir nas potencialidades da família, ela poderá lidar com as condições que a doença mental lhes impõe, valendo-se dos recursos comunitários disponíveis, tais como: serviços de saúde mental, rede básica de saúde, agências sociais, instituições civis, associações de familiares e famílias e associações de usuários, que constituem a ampla rede social de apoio.

Considerações Finais

Diante do exposto, para a articulação necessária entre o campo da Saúde Mental e o Programa de Saúde da Família, consideramos de fundamental importância que o profissional esteja sensibilizado a compreender o seu próprio modelo de organização familiar, valores, crenças e procedimentos, para que atue de modo a não julgar o que é melhor ou pior, e sim oferecer elementos para a análise da situação, deixando que a família tome a decisão final.

Agindo assim, diminuem-se as possibilidades de que as atitudes pessoais afetem a relação do profissional com a família de forma negativa, ou seja, que ele não deixe que seus pensamentos e ações sejam privilegiados em relação à família, isso quer dizer que essa relação se constrói por meio de um

vínculo que se estabelece pelo respeito, compromisso e pela confiança .

O trabalho com a família não deve ser unidirecional, mas sim uma proposta compartilhada, ou seja, a educação e orientação têm de se constituir em uma proposta de parceria entre quem está propondo e a própria família, para juntos construírem programas de intervenção e desenvolvimento que promovam a saúde e o bem-estar de todos.

O profissional que presta ajuda à família deve pensar que a mesma tem de ser respaldada nos conceitos já estabelecidos no meio familiar e não nos do profissional; quando se passa a considerar o doente mental nos seus contextos familiar e social, atribui-se ao seu distúrbio mental um significado cultural, ou seja, “diferente” para aquela determinada família sustentada por uma cultura diferenciada.

Enfim, espera-se que os profissionais da saúde mental tornem a assistência mais abrangente, oferecendo à família do doente mental apoio necessário para que ela possa assumir o seu papel de agente de inclusão do mesmo como um membro familiar “diferente”, inserindo-o na comunidade a qual pertence.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA FILHO, N.; COELHO, M. T. A.; PERES, M. F. T. O conceito de saúde mental. Rev. USP, nº. 43, pp. 100 – 25, 1999.

ALVES, D. S. N. et al. Reestruturação da atenção em saúde mental: situação atual: diretrizes e estratégias. In: AMARANTE, P. Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Pp. 197- 204, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. Asilos, alienados, alienistas: uma pequena história da psiquiatria no Brasil. In: AMARANTE, P. (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Pp. 73 – 84, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

AMARANTE, P. (org.) Loucos pela vida – a trajetória da Reforma Psiquiátrica no Brasil. Rio de Janeiro, SDE/ENSP, 1995.

BARROS, D. D. Cidadania versus periculosidade social: a desinstitucionalização como desconstrução de um saber. In: AMARANTE, P. (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Pp. 171– 95, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

BIRMAN, J.; COSTA, J. F. Organização de instituições para uma psiquiatria comunitária. In: AMARANTE, P. (org.) Psiquiatria social e reforma psiquiátrica. Pp. 41–72, Rio de Janeiro, Fiocruz, 1994.

COSTA NETO, M. M. Enfoque familiar na formação do profissional de saúde. Olho Mágico, v. 6, nº. 22, pp. 5– 9, 2000.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Dia mundial da saúde - saúde mental: cuidar, sim, excluir, não. s. l. 2001.

PITTA, A. M. F. O que é reabilitação psicossocial no Brasil, hoje? In: PITTA, A. M. F. (org.) Reabilitação psicossocial no Brasil. pp. 19–26, São Paulo, Hucitec, 1996.

SARACENO, B. Libertando identidades: da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte/Rio de Janeiro, TE CORÁ, 1999.

SERRANO, A. I. O que é psiquiatria alternativa. São Paulo, Brasiliense, 1985.

Assistência de Enfermagem no Transtorno Psiquiátrico do Idoso

Luciana Colvero¹

Yeda Aparecida de Oliveira Duarte²

Um fato relevante para a prática assistencial contemporânea do enfermeiro é o aumento da demanda por atendimento psiquiátrico nos serviços de saúde de pessoas acima de 60 anos.

Diante deste fato não se pode desconsiderar que a habilitação e preparação de técnicos de nível superior para o cuidado geral do idoso, particularmente quanto ao seu universo psicológico é uma das tarefas necessárias e primordiais para os próximos anos em todos os países, notadamente no Brasil. Isto se dá em consequência do expressivo envelhecimento populacional, fenômeno este universal.

O Brasil, inserindo-se no contexto mundial, apresentou um processo de crescimento populacional que se tornou mais notável até o Censo de 1970. De lá para cá, as expectativas de crescimento anual elevado não se concretizaram e o que se pode observar é que houve um decréscimo dessas taxas, chegando a cifra de 1,6% ao ano (Censo 2001), com menos nascimentos e acentuada redução da mortalidade infantil, diminuição da fecundidade e aumento da expectativa de vida tendo por consequência o envelhecimento populacional. Até o ano de 2025, ter-se-á a 6^a maior população idosa do mundo. Entretanto, será nítida a queda do padrão de vida dos cidadãos, muitos dos quais já vivem espremidos em favelas nos grandes centros urbanos ou nas periferias das cidades, vivendo na base da chamada economia informal.

A rapidez com que esse fenômeno vem ocorrendo leva-nos a indagar se o País conseguirá se adaptar e efetuar mudanças que favoreçam a instalação de condições mínimas e fundamentais para um envelhecimento saudável de forma a assistir adequadamente a esta população quando de seu adoecimento.

Buscando-se alertar os profissionais da área de saúde para a triste questão das pessoas idosas portadoras de distúrbios psiquiátricos é que foi elaborado este texto, com a intenção também de contribuir para a orientação e facilitação do dia-a-

dia daqueles que diretamente cuidam destas pessoas. Evidenciou-se que esse grupo populacional se tornará, nas próximas décadas, um dos maiores problemas de saúde pública em nosso meio o que já ocorre nos países mais desenvolvidos.

Dentre os distúrbios psiquiátricos que mais estão associados ao envelhecimento, dar-se-á destaque às síndromes demenciais e, em especial, ao denominado mal de Alzheimer.

As síndromes demenciais caracterizam-se por um empobrecimento progressivo de todos os processos psíquicos, cognitivos e afetivos. É decorrente de doença cerebral difusa, crônica, que afeta principalmente o córtex dos hemisférios cerebrais, e também subcorticais e tem em geral um curso progressivo. É uma síndrome de disfunção adquirida e persistente que compromete ao menos três das seguintes atividades mentais: linguagem, memória, capacidade viso-espacial, personalidade, cognição, julgamento e solução de problemas.

Estima-se uma prevalência de 1% a 2% entre os idosos com 60 anos, de 3% a 9% entre os de 65 e mais anos, taxa esta que se duplica a cada 5 anos até alcançar a cifra de 32% na faixa de 85 anos, quando tende a se estabilizar.

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PRINCIPAIS ASPECTOS CLÍNICOS

FUNÇÃO PSÍQUICA	ALTERAÇÃO
MEMÓRIA (elemento central)	Perda da memória recente, de fixação, confabulação (inventa fatos para dar conta da perda de memória)
FUNÇÃO COGNITIVA	Linguagem: dificuldade de encontrar palavras, disfasias, afasias Reconhecimento: agnosias, incapacidade de

FUNÇÃO COGNITIVA	<p>reconhecer ou identificar objetos comuns apesar de o funcionamento sensorial permanecer intacto</p> <p>Atividades gestuais/motora no vestir-se, construir objetos (apraxias), apesar da função motora permanecer intacta. Em fase avançada graves déficits do autocuidado, incluindo incontinências urinária e fecal, menor capacidade de andar, de deglutar.</p> <p>Raciocínio complexo e diminuição de habilidades aritméticas (acalculia)</p> <p>Dificuldade na compreensão de problemas e de novas situações ambientais</p> <p>Diminuição de capacidade de aprendizagem e julgamento</p> <p>Alteração na orientação direita esquerda e nas relações espaciais-simbólicas</p>	<p>CONSCIÊNCIA</p> <p>SINTOMAS PSIQUIÁTRICOS</p> <p>Personalidade</p> <p>Afetividade</p> <p>Sensopercepção</p> <p>Psicomotricidade</p>	<p>Normal, vigília. Não há obnubilação da consciência (ausência de delirium)</p> <p>Paranóides: desconfiança constante, sensível às decepções e críticas.</p> <p>Depressão: alteração do humor, triste, desesperança. Ansiedade: estado de humor desconfortável, apreensão negativa em relação ao futuro, inclui manifestações somáticas e fisiológicas (dispnéia, taquicardia, sudorese)</p> <p>Alucinações: é a percepção clara definida de um objeto (voz, ruído, imagem) sem a presença do objeto estimulante real</p> <p>Heteroagressividade: agitação psicomotora intensa dirigida a terceiros.</p>
FUNÇÃO EXECUTIVA (associada ao lobo frontal)	<p>Perda do pensamento abstrato, da capacidade de planejamento e monitoramento de atos complexos, da solução de problemas novos, diminuição da fluência verbal, da perseverança (repete muitas vezes o mesmo assunto), da flexibilidade cognitiva.</p>		
PERSONALIDADE	<p>Perda de hábitos sociais mais refinados e do controle emocional, com atitudes grosseiras e inadequadas. Desleixo com a higiene pessoal, vestimenta, alimentação, atividades fisiológicas e de toalete. Desinibição da personalidade e deterioração do comportamento social global.</p>	<p>SINDROMES DEMENCIAIS</p> <ul style="list-style-type: none"> Observa-se flutuações da função cognitiva normal, "lampejos de inteligência"; <p>RETARDO MENTAL LEVE OU MODERADO</p> <p>As dificuldades cognitivas são mais homogêneas</p>	<p>TRANSTORNO DEPRESSIVO</p> <p>Déficit cognitivo transitório, as perdas de memória são secundárias a déficit de atenção, concentração, e motivação.</p> <p>DELIRIUM OU SÍNDROME CONFUSIONAL AGUDA</p> <p>Apresenta também déficits cognitivos, porém ao alteração do nível de consciência está sempre presente.</p>

PLANO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A- LEVANTAMENTO DE PROBLEMAS

I-Avaliar os dados do exame físico, sinais e sintomas característicos, e alterações fisiológicas relacionadas a distúrbio específico.

II-Avaliar alterações comportamentais, incluindo:

- Descuido em relação ao autocuidado e às atividades da vida diária
- Comportamento socialmente inaceitáveis
- Tendência a vagar sem rumo
- Estados crepusculares
- História específica ou potencial de reações catastróficas.

III-Avaliar quanto às respostas afetivas características, incluindo:

- Nível específico de ansiedade
- Labilidade emocional
- Depressão ou apatia
- Irritabilidade, defensividade
- Desconfiança
- Sentimentos de impotência e frustração.

IV-Avaliar quanto às respostas cognitivas características, incluindo:

- Desorientação quanto ao tempo, espaço e pessoa.
- Perdas de memória recente e/ou remota
- Distúrbio do funcionamento intelectual, dificuldades na resolução de problemas, planejamento, organização e abstração
- Déficits do juízo crítico (exemplo: comportamento social inadequado, incapacidade de tomar decisões).

V-Avaliar as próprias reações e respostas ao lidar com um cliente portador de distúrbios cognitivos.

VI-Avaliar o grupo de apoio familiar ou social

- Evidências de capacidade adaptativas familiares
- Evidências de problemas específicos enfrentados por membros individuais da família
- Uso de recursos comunitários por membros da família.

ESTRATÉGIAS PARA CUIDAR DO PACIENTE COM DEMÊNCIA

1. Manter a normalidade, tratando o idoso com dignidade e respeito. Em virtude de ser uma doença de longo prazo, é importante a manutenção da vida cotidiana que irá se adequando conforme a progressão do quadro.

2. Manter a comunicação de forma tranquila, clara e simples, utilizando frases curtas e objetivas. Tocar o paciente delicadamente ao falar e chamá-lo pelo nome são atitudes importantes; atente sempre para a comunicação não-verbal sua e do idoso. Sempre inicie a comunicação identificando-se. Faça apenas uma pergunta por vez e aguarde a resposta. Procure acompanhar a mensagem e não a palavra que pode não ser a correta. Não espere respostas corretas ou cumprimento adequado de orientações e, sobretudo, nunca fale do paciente na sua frente, pois normalmente ele comprehende mais do que consegue se expressar.

3. Estabeleça rotinas, com o objetivo de substituir o processo de organização do pensamento que está comprometido. Procure desenvolver as mesmas atividades, da mesma forma, nos mesmos horários diariamente. A fuga da rotina costuma gerar estados ansiosos no idoso.

4. Procure auxiliar a memória do idoso, colocando em locais acessíveis e visíveis calendários com letras e nomes grandes, relógios, placas de identificação de locais com figuras (quarto, banheiro, etc). Arrume as roupas na ordem em que serão vestidas e anexe a elas um cartão de identificação do idoso com nome, endereço, telefone e diagnóstico, de modo a protegê-lo no caso de ele se perder na rua. Não altere a posição de móveis e pertences da casa.

5. Procure preservar a independência do idoso permitindo que ele realize sozinho as atividades que consegue. Estimule-o na participação de outras tarefas. Nunca o apresse e valorize suas realizações. Diminua lentamente as tarefas que ele não consegue mais realizar e substitua-as, quando isto for estritamente necessário.

6. Evite situações de confronto, evitando deixá-lo confuso e simplificando as situações e tarefas. Quando surgirem ocasiões de confronto, procure desconversar calmamente, sugerir outras opções, sair do local retornando posteriormente quando provavelmente ele já terá esquecido o ocorrido.

7. Evite crises, evitando apressá-lo. Não o exponha a ambientes estranhos rodeado de pessoas, mesmo que sejam conhecidas.

8. Mantenha o bom humor, mesmo que isto pareça impossível. É de fundamental importância para a saúde mental do cuidador.

9. Promova segurança ambiental, propiciando um ambiente livre de riscos de queda ou ferimentos, com iluminação e aeração adequadas, livre de objetos potencialmente perigosos (como tesouras, facas, substâncias tóxicas, etc.). Mantenha a chave de gás desligada e troque o trinco da porta, de forma que o mesmo não possa abri-la. Mantenha vigilância constante sobre o idoso.

10. Quando ocorrer agitação noturna, procure identificar e solucionar a causa. Não o restrinja fisicamente. Se o problema, persistir avise o médico.

11. Quando apresentar delírios e alucinações, procure a causa (medicações, infecções, etc. ou, ainda, a presença de sombras). Procure tranqüilizá-lo. Não adianta tentar racionalizar.

12. Na vigência de perguntas repetitivas, lembre-se que ele esquece que já perguntou e, desta forma, repete a pergunta várias vezes. Responda-as sempre calmamente ou ignore-as depois de certo tempo.

13. Se ele perder ou esconder objetos, poderá acusá-lo de roubo. Não se aborreça nem tente argumentar logicamente. Descubra os esconderijos dele, pois ele mesmo os esquecerá. Habitue-se a vasculhar o lixo antes de desprezá-lo.

14. Cuidados com a higiene: Permita que ele se banhe sozinho enquanto conseguir; siga sempre a mesma rotina. Se ele não se lembrar do procedimento, inicie-o e depois permita que ele dê a sequência. Substitua os fechos das roupas por outros mais simples e de fácil manuseio (como velcro). Lembre o idoso de ir ao banheiro periodicamente deixando a porta do mesmo sempre identificada. Cestos de lixo podem causar confusão, evitá-los é recomendável.

15. Cuidados com a alimentação: ele pode se esquecer se comeu ou não e comer seguidamente. Mostre-lhe a louça suja, relacionando-a com a refeição realizada. Deixe alimentos de fácil manipulação nos locais de circulação do paciente (bolachas, frutas picadas, etc.) e na primeira prateleira da geladeira para evitar que ele fique vasculhando os armários ou provoque acidentes. Utilize sempre pratos inquebráveis. Evite distraí-lo na hora das

refeições pois ele pode ter dificuldade em deglutar ficando muito tempo com o alimento na boca. Pratos lisos e com ventosas são indicados. Use preferencialmente colheres e toalhas de plástico. Não se preocupe com bons modos à mesa. Ofereça líquidos várias vezes ao dia. Evite copos de vidro e de plástico mole.

16. Comportamento social inadequado, poderão ocorrer com freqüência situações que irão expor o idoso e o cuidador, como: arrancar as roupas, expor e manipular os genitais em público, aparecer sem roupa na sala. Não entre em pânico. Dirija-se a ele calmamente, pois muito provavelmente ele não tem a menor consciência do comprometimento social de sua atitude. distraia-o e leve-o para outro ambiente. Substitua as roupas por aquelas que têm fechos não-alcançáveis por ele para evitar que ele as tire. Explique às pessoas que ele está doente e que tais atitudes não tem nenhuma conotação sexual perniciosa.

17. Aspectos legais: quando do avançar da doença, o juiz poderá estabelecer um tutor para o idoso, após avaliação de um psiquiatra por ele designado. Este será inteiramente responsável por tudo o que diz respeito ao paciente, que não mais poderá dispor de seus bens e valores independentemente.

Estas “dicas” descritas por SAVONITTI, não pretendem esgotar o assunto e muito menos serem pressupostos assistenciais. Elas foram baseadas no registro de extensas experiências com portadores de Alzheimer e se destinam única e exclusivamente, a auxiliar os familiares dos pacientes colocados frente a situações que eles muitas vezes têm pouco ou nenhum controle.

A Associação Brasileira de Alzheimer (ABRAZ) doenças similares e idosos de alta dependência têm representação em quase todo o país e busca auxiliar os cuidadores de pacientes demenciados no desempenho de suas atividades. Seu e-mail de contato é abraz@wm.com.br.

BIBLIOGRAFIA

ALMEIDA, O.P.; NITRINI, R. Demência. São Paulo, Fund. BYK, 1995.

ALZHEIMER'S DISEASE SOCIETY Como cuidar de pessoas prejudicadas mentalmente: guia para familiares e cuidadores. Tradução de Elvira C. Abreu e Mello Wagner e Maria Célia Guerra Medina. São Paulo, Nacional AS, s/d.

CORRÊA, A.C.O. Envelhecimento, depressão e doença de Alzheimer. Belo Horizonte, Health, 1996.

DELGALARRONDO, P. Psicopatologia e Semiologia dos Transtornos Mentais. Porto Alegre, Artes Médicas, 2000.

ISAACS, A. Saúde Mental e Enfermagem Psiquiátrica. Rio de Janeiro, 2^a.ed.,Guanabara Koogan, 1998.

SALGADO, M. Mitos e preconceitos sócio-culturais com a velhice: responsabilidades do trabalho social. In: População idosa no Brasil: Seminário Nacional de Especialistas Multi-disciplinares em Terceira Idade. Fundação João Pinheiro, pp. 157-164. Belo Horizonte, 1992.

SAVONITTI, B.H.R.A. Cuidando do idoso com demência. In: DUARTE, Y.A.O.; DIOGO, M.J.D. Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico, São Paulo, Atheneu, 2000.

Intervenções com Familiares no Campo Psicossocial

Ana Luisa Aranha e Silva¹

Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira²

O acometimento de doença mental no membro de um núcleo familiar tende a se transformar numa realidade permeada por sofrimento e dor. Tal evento representa uma crise, que é expressa pela gravidade de sua manifestação e devido ao “...longo tempo de duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação...”, produzindo, no portador individual e nos familiares, vivências de frustração e desespero e “...um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.” (MELMAN, 1998)

Este quadro desalentador evidencia, entre outros, um sentimento de culpa dos pais em relação aos filhos e destes com relação aos pais. Via de regra, os prestadores de assistência também responsabilizam os familiares como os produtores de relações conflitivas e adoecedoras.

Estrutura familiar e as ações em saúde

O *núcleo familiar* ou *família nuclear* ocidental moderna é responsável pela educação, formação, identificação e ajuste de qualquer desvio ou transtorno dos filhos. A ruptura de expectativas que tendem à normalidade (nascer, crescer, estudar, namorar, casar, procriar, ter emprego estável) constitui um fator de angústia e sofrimento.

Esta condição caracteriza as sociedades industriais que nasceram no final do século XVIII na consolidação do modo capitalista de produção (ARIÉS, 1981), cuja referência de normalidade é a capacidade das pessoas estarem incluídas no jogo das trocas sociais, isto é, aderidos ao sistema produtivo.

Coerente ao processo de responsabilização e nuclearização da família, as intervenções junto aos familiares de portadores de doença mental vêm sendo construídas, implementadas e definidas pelo viés da normatização ou desvio, pela culpabilização ou indiferença institucional, pelo isolamento profilático por meio da internação psiquiátrica ou isolamento social via abandono.

Sob a égide da ciência positiva, o olhar prevalente para o fenômeno do adoecimento mental focaliza os sintomas, conflitos, problemas na comunicação, as desabilidades efetivas, cognitivas, laborativas e relacionais, ou seja, nesses duzentos anos de psiquiatria, a assistência ao doente individual tem reservado pouco espaço para a incorporação e implicação afetiva ou operativa dos familiares no decorso do tratamento de seu ente consanguíneo.

Isto porque o modelo hospitalar hegemônico no ocidente reforça a necessidade do isolamento da doença (e, consequentemente, do seu portador) para melhor observá-la, estudá-la e tratá-la. Este é o projeto psiquiátrico e o seu objeto de intervenção: a doença (SILVA et al., 2000).

Coerentemente, ao isolamento da doença adere-se o isolamento do sujeito doente, o seu afastamento do núcleo de referência familiar, o empobrecimento das relações e a dificuldade de experimentar vivências enriquecedoras.

Tal mecanismo retroalimenta um velho mito no campo da saúde mental, que é a suposta acomodação dos familiares frente ao sofrimento mental (ou a sua autodesobrigação frente ao tratamento), assim como a desobrigação autorizada pela instituição prestadora de assistência (uma vez que a impede de acessar o intra-muros hospitalar), uma roda viciosa e viciada que tende à manutenção do estatuto da culpa e abandono.

A psiquiatria tem contribuído muito no campo da pesquisa psicofarmacêutica. Entretanto, após tratar a doença, restam o doente, o pós-crise, a vida cotidiana, a convivência em casa, com a vizinhança, o jeito bizarro de ser e viver, a dificuldade na obtenção ou manutenção de trabalho, a impossibilidade de lazer, etc.

O manejo das situações onde tal humanidade da população-alvo está a descoberto pode buscar amparo num campo ampliado da concepção do processo saúde-doença mental e seu tratamento. Este é o campo psicossocial.

Família nuclear é um tipo de estrutura familiar vista nas sociedades industrializadas e consiste de duas gerações: pais e filhos (TAYLOR, 1992)

Nas sociedades complexas cresce o número de grupos humanos que não atendem aos critérios dos vínculos legais ou consanguíneos tradicionais e que se identificam-se como famílias. (TAYLOR, 1992)

O que é o Campo Psicossocial?

Estudos epidemiológicos desenvolvidos no Brasil, Estados Unidos e Inglaterra, entre outros, demonstram os ganhos e a eficácia das ações e experiências clínicas que buscam a estabilização dos sintomas, a redução das recaídas e das reinternações psiquiátricas através do uso de medicamentos. Contudo, evidenciam também a necessidade de “estratégias de envolvimento da família” para que o tratamento ou o processo terapêutico obtenha êxito (MELMAN, 1998).

Tal visão acredita que os familiares necessitam, da mesma forma que o portador individual da doença mental, de acolhimento e tratamento e deve ser incluída no projeto terapêutico.

Portanto, o envolvimento de familiares no tratamento da doença mental impõe-se como um instrumento fundamental e requer o rompimento do olhar diagnosticador de sintomas e culpabilizador para um olhar mais solidário, que compartilha pesares e saberes na construção de dispositivos que a instituição de prestação de assistência disponibiliza para a população-alvo.

A instituição que afirma que o adoecimento mental necessita de dispositivos complexos para ser tratado, está conectada à tendência mundial no campo das políticas públicas que investem, ao mesmo tempo, na intervenção técnica e na articulação da instituição com a população alvo. Este é o campo psicossocial, que segundo SARACENO (1997), incorpora a dimensão social à dimensão biológica e psicológica do processo saúde-doença.

Neste sentido, a dimensão social não significa as variáveis socioeconômicas da população-alvo, mas a forma como esta população (indivíduo e familiares) pode viver e se apropriar do seu processo de adoecimento.

Tal processo supõe um movimento de conscientização e superação das formas tradicionais de conduzir o tratamento, tanto da perspectiva da equipe, como da população-alvo.

Objetivos do campo psicossocial

Ampliar a capacidade do portador de doença mental e de seus familiares:

- de entender e apropriar-se do processo saúde-doença mental
- agenciar soluções no campo afetivo, material e social e participação na vida política e jurídica.

A instituição prestadora de assistência precisa, então, rever sua organização e viabilizar uma outra ordem interna, permitindo, ao mesmo tempo:

- a reestruturação dos projetos de intervenção, não mais definidos sob a ótica dos modelos médico e biológico, mas articulado e coletivizado pela equipe multidisciplinar;
- reordenar o processo de trabalho, que rompa a organização exclusivamente médica do serviço, superando a rigidez dos papéis profissionais específicos e delegando a cada profissional autonomia para a condução do projeto terapêutico;
- ser flexível e permeável, buscando o parâmetro irredutível do bem estar da população-alvo ao invés de subordiná-la à ordem institucional rígida e regida por rotina alienantes e excluientes.

As condições necessárias para a estruturação de um serviço com bases psicossociais estão em íntima relação com:

- a atitude de participação na gestão do serviço (do usuário, do núcleo familiar, com extensão à comunidade);
- a integração da equipe (interna e com a rede de serviços);
- com uma atitude emancipatória dos profissionais com relação à clientela.

Assim, a equipe de saúde e a (o) enfermeira (o) devem:

- desenvolver em si próprios a capacidade de escutar;
- ter disponibilidade para pensar e sustentar o vínculo que a clientela estabelece com o serviço nos âmbitos da coexistência social (demanda de ordem jurídica, sociabilidade e agremiação, lazer, habitar e coabitar espaços privados ou públicos).

O que oferecer aos familiares no campo psicossocial?

• um serviço que conte com tal intensidade e potência de intervenção e com parcerias que se localizam na própria comunidade, como as referências religiosas, escolares e jurídicas.

• o campo específico do tratamento, os serviços comunitários, identificados como concepção psicossocial, porque já estão estruturados nos territórios onde a população circula e tem acesso.

Os serviços comunitários vêm recebendo incentivos por meio de Portarias do Ministério da Saúde que regulamentam e financiam suas ações. As parcerias com a sociedade civil vêm se disseminando por meio das Associações de usuários e familiares de serviços de saúde mental (cerca de 50 no país que têm lugar assegurado nos Conselhos Municipais e Estaduais de Saúde e no Conselho Federal de Reforma Psiquiátrica do Ministério da Saúde).

Como intervir?

A primeira escolha em caso de detecção de quadro de doença mental é o encaminhamento para avaliação especializada nos serviços comunitários (ambulatório, centro de saúde mental, hospital/dia, centro de atenção psicossocial, núcleo de atenção psicossocial).

A internação psiquiátrica deve ser considerada se esgotados todos os recursos comunitários e os familiares não dispuserem de estrutura (na própria casa) ou infra-estrutura (um serviço de referência) para a contenção da manifestação da doença.

O esquema abaixo, adaptado de SARACENO (1997), auxilia a discriminação, grosso modo, dos níveis de intervenção em saúde mental:

SISTEMA GERAL DE ATENÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL

Atenção Psiquiátrica

- Diagnóstico psiquiátrico
- Manejo de agudização/crise onde não há recurso comunitário
- Articulação com o nível da atenção primária e/ou comunitária para acompanhamento dos casos e retorno ao serviço de origem
- Formação e supervisão específica
- Coleta de dados de interesse específico
- Acompanhamento nos hospitais gerais
- Trabalho para reduzir a utilização do manicômio como único tratamento

Atenção Primária

- Detecção da demanda e diagnóstico simples
- Manejo dos casos simples autolimitantes (depressão leve, reação de ansiedade), epilepsia, alcoolismo, doenças psicosomáticas, idosos
- Coleta de dados essenciais
- Referência de casos que não podem ser acompanhados nesse nível

Atenção Comunitária

- Detecção da demanda e manejo dos casos espontâneos e encaminhados pela atenção primária e pelos serviços de psiquiatria
- Encaminhamento dos casos que não podem ser acompanhados nesse nível
- Trabalho com as famílias e comunidade
- Apoio e socialização

Atenção:

1. Considerar que a relação entre o serviço de atenção básica e o de referência em saúde mental - comunitário - deve estar definida entre as políticas locais de saúde e que os limites de intervenção de um nível ao outro pode ser distendido.
2. Os níveis de atenção são inter-relacionados, articulados e inter-cambiáveis.

Instrumentos que possibilitem avaliar, diagnosticar e encaminhar adequadamente pessoas portadoras de transtornos mentais

A equipe da saúde e a (o) enfermeira (o) devem reconhecer situações que demonstram:

- evidências clínicas de transtorno mental (distúrbios de pensamento, transtornos de humor, etc.)
- retraimento importante da rede social (com perdas significativas no campo escolar, de trabalho, de lazer ou afetivo).

Considerar que:

- tais informações, colhidas e compartilhadas com os familiares, por si só caracterizam uma intervenção no campo psicossocial e devem ser cuidadosamente acompanhadas e monitoradas pela equipe de saúde;
- as situações que caracterizam um transtorno mental precisam repercutir de forma importante na rede familiar, caso contrário, todas as manifestações afetivas correm o risco de serem transformadas em doença;
- a falta de acesso a informações e aos serviços pode submeter o portador individual de transtorno mental e sua rede familiar a uma condição de vida desgastante, empobrecida socialmente e sempre conflituosa.

Os itens a seguir elencam as situações onde portador individual e a rede familiar estão mais expostos à vigência de transtorno mental severo e que devem ser encaminhados para avaliação especializada. Foram excluídos quadros que evidenciam uso, abuso e dependência de drogas.

Como intervir?

A primeira escolha em caso de detecção de quadro de doença mental é o encaminhamento para avaliação especializada nos serviços comunitários (ambulatório, centro de saúde mental, hospital/dia, centro de atenção psicossocial, núcleo de atenção psicossocial).

A internação psiquiátrica deve ser considerada se esgotados todos os recursos comunitários e os familiares não dispuserem de estrutura (na própria casa) ou infra-estrutura (um serviço de referência) para a contenção da manifestação da doença.

O esquema abaixo, adaptado de SARACENO (1997), auxilia a discriminação, grosso modo, dos níveis de intervenção em saúde mental:

SISTEMA GERAL DE ATENÇÃO PARA A SAÚDE MENTAL**Atenção Psiquiátrica**

- Diagnóstico psiquiátrico
- Manejo de agudização/crise onde não há recurso comunitário
- Articulação com o nível da atenção primária e/ou comunitária para acompanhamento dos casos e retorno ao serviço de origem
- Formação e supervisão específica
- Coleta de dados de interesse específico
- Acompanhamento nos hospitais gerais
- Trabalho para reduzir a utilização do manicômio como único tratamento

Atenção Primária

- Detecção da demanda e diagnóstico simples
- Manejo dos casos simples autolimitantes (depressão leve, reação de ansiedade), epilepsia, alcoolismo, doenças psicossomáticas, idosos
- Coleta de dados essenciais
- Referência de casos que não podem ser acompanhados nesse nível

Atenção Comunitária

- Detecção da demanda e manejo dos casos: espontâneos e encaminhados pela atenção primária e pelos serviços de psiquiatria
- Encaminhamento dos casos que não podem ser acompanhados nesse nível
- Trabalho com as famílias e comunidade
- Apoio e socialização

Atenção:

1. Considerar que a relação entre o serviço de atenção básica e o de referência em saúde mental - comunitário - deve estar definida entre as políticas locais de saúde e que os limites de intervenção de um nível ao outro pode ser distendido.
2. Os níveis de atenção são inter-relacionados, articulados e inter-cambiáveis.

Instrumentos que possibilitem avaliar, diagnosticar e encaminhar adequadamente pessoas portadoras de transtornos mentais

A equipe da saúde e a (o) enfermeira (o) devem reconhecer situações que demonstram:

- evidências clínicas de transtorno mental (distúrbios de pensamento, transtornos de humor, etc.)
- retraimento importante da rede social (com perdas significativas no campo escolar, de trabalho, de lazer ou afetivo).

Considerar que:

• tais informações, colhidas e compartilhadas com os familiares, por si só caracterizam uma intervenção no campo psicossocial e devem ser cuidadosamente acompanhadas e monitoradas pela equipe de saúde;

• as situações que caracterizam um transtorno mental precisam repercutir de forma importante na rede familiar, caso contrário, todas as manifestações afetivas correm o risco de serem transformadas em doença;

• a falta de acesso a informações e aos serviços pode submeter o portador individual de transtorno mental e sua rede familiar a uma condição de vida desgastante, empobrecida socialmente e sempre conflituosa.

Os itens a seguir elencam as situações onde portador individual e a rede familiar estão mais expostos à vigência de transtorno mental severo e que devem ser encaminhados para avaliação especializada. Foram excluídos quadros que evidenciam uso, abuso e dependência de drogas.

EVIDÊNCIAS CLÍNICAS DE TRANSTORNO MENTAL

1. DELÍRIOS ou falsas crenças, não condizentes com o nível de conhecimento do sujeito ou seu grupo cultural e que são mantidas mesmo diante de argumentação lógica ou evidências objetivas em contrário. É um *distúrbio do pensamento*. Pode se expressar como uma idéia de perseguição, de controle externo (rádio, TV, etc.), como irradiação do pensamento do sujeito para o mundo externo ou o contrário. O conteúdo do pensamento pode ter conteúdo religioso, somático, etc.

2. ALUCINAÇÕES ou falsas percepções relacionadas aos cinco sentidos (tato, audição, olfato, visão, gustação) na ausência de estímulo externo real. As alucinações com conteúdo de perseguição são as mais comuns.

3. AFETO ou expressão de sentimento prejudicados pelas alterações anteriores e pela dificuldade de discriminação com o ambiente e com outras pessoas. Mesmo em quadro estável (sem alucinação ou delírio) o sujeito experimenta dificuldade em descrever o que sente a respeito de si, do mundo, dos acontecimentos e em processar tais sentimentos, com a finalidade de reduzir seus efeitos.

4. VONTADE ou iniciativa prejudicadas pela dificuldade de iniciar, manter ou concluir atividades de trabalho, de estudo, de lazer, afetivas. Tal dificuldade, muitas vezes, é confundida com preguiça ou indiferença, falta de compromisso ou vagabundagem. Pode levar o sujeito e a rede familiar ao retraimento e isolamento social com consequente esvaziamento da interação com a vizinhança, na escola, impossibilitando a inclusão ou manutenção do trabalho (TAYLOR, 1992).

5. DEPRESSÃO expressa-se na perda do interesse ou prazer pelas coisas da vida ou atividades habituais, perda de apetite e peso, perturbação do sono, agitação ou retardos das atividades físicas, diminuição da energia com sentimentos de auto-desvalorização e culpa, dificuldade para pensar ou concentrar-se. Persistência de pensamento de morte.

6. MANIA ou excitação aumentada e prolongada. O sujeito acredita que tudo é possível, que todos seus desejos serão atendidos. Pensamento rápido, memória ágil, sentimento exagerado de auto-segurança e falta de temores, que na presença de algum limite pode levar à expressão de atitude hostil. Predomina uma atitude dominadora, extremamente crítica e reivindicatória. Irritável às pequenas frustrações (TAYLOR, 1992).

BIBLIOGRAFIA

ARIÈS, Philippe. História social da criança e da família. 2. ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 1981.

MELMAN, Jonas. Repensando o cuidado em relação aos familiares de paciente com transtorno mental. Dissertação (Mestrado). Departamento de Medicina Preventiva, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. São Paulo, 1998.

SARACENO, Benedetto; ASIOLI, Fabrizio; TOGNONI, Gianni. Manual de saúde mental. 2^a ed. São Paulo : Hucitec, 1997.

SILVA, Ana Luisa Aranha et al. Comunicação e enfermagem em saúde mental – reflexões teóricas. Rev. latino-am. enfermagem. V. 8, nº. 5, pp. 65-70, Ribeirão Preto, 2000.

TAYLOR, Cecelia Monat. Fundamentos de enfermagem psiquiátrica da Mereness. 13^aed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.



VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA

A Prevenção e o Controle das Doenças Transmissíveis no Âmbito dos Indivíduos, da Família e da Comunidade: Estudos de Caso

Lislaine Aparecida Fracolli¹

Lúcia Yasuko Izumi Nichiata²

Neste texto, será abordada a intervenção do enfermeiro junto às doenças transmissíveis através das concepções da Vigilância Epidemiológica. Tais intervenções serão desenvolvidas a partir de um exercício pedagógico, baseado no material “Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica - TBVE” do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O Ministério da Saúde disponibilizou no site <http://www.fns.gov.br>, o Guia de Vigilância Epidemiológica (Brasil, 1998), o qual contém as ações e atividades relativas ao desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória de interesse nacional.

1) Este exercício constitui-se em um estudo de caso desencadeado a partir da ocorrência de uma doença transmissível num dado território e as ações de Vigilância Epidemiológica (VE) que devem ser desenvolvidas.

Descrição da situação: avaliando a ocorrência de um surto de febre tifóide

Numa segunda-feira, 15 de junho, durante visita domiciliar a uma família, você identifica que um dos seus membros está acamado, bastante abatido, referindo-se estar com mal-estar, cefaléia e febre desde sábado. Ao discutir o caso com a agente comunitária da sua área, a mesma relata que outras pessoas da região também estão apresentando um quadro semelhante.

Sem outras informações, o que você deve fazer? *Procuraria obter mais informações sobre os sinais e sintomas que as pessoas vêm apresentando e tentar identificar que doença seria essa, na tentativa de confirmar se estaria ocorrendo um surto.*

A agente comunitária acompanha você a uma visita domiciliar às cinco famílias que, segundo ela, tinham pessoas com sintomas semelhantes. Nessa visita, você obteve as seguintes informações:

- todas as pessoas com sintomas tinham

participado de uma festa junina do bairro, dia 1º de junho;

- duas delas foram atendidas no hospital regional dia 14 de junho, com um importante comprometimento do estado geral e um quadro clínico claramente infeccioso; foram colhidas amostras de sangue para a realização de exames (hemograma e hemocultura).

Quais outras informações você deveria pesquisar?

- ***Das pessoas internadas: o resultado dos exames laboratoriais e as informações da ficha de atendimento hospitalar, com hipótese diagnóstica e condutas.***

- ***Das pessoas que não-internadas: data de início dos sintomas, se procurou atendimento em algum serviço de saúde, se fez exames laboratoriais e quais foram seus resultados, dados sobre idade, sexo, ocupação e condições de habitação, bem como outras informações que você julgar pertinente para a caracterização da doença.***

As informações que você coletou dos prontuários de internação e das entrevistas estão resumidas no Quadro I.

Na Unidade de Saúde, entre as pessoas agendadas para a consulta de enfermagem no dia 15 de junho, você atendeu duas outras que apresentavam os mesmos sintomas (mal-estar, cefaléia e febre) identificados na visita domiciliar realizada pela manhã. Na consulta, você obtém a informação de que os pacientes apresentavam tais sintomas há três dias e também haviam participado da festa junina. Você incluiria estes dois casos junto aos demais descritos no Quadro I? Quais as hipóteses diagnósticas poderiam ser levantadas a partir do quadro clínico de todas essas pessoas (Quadro I)?

Quadro I - Resumo das informações coletadas das entrevistas e dos prontuários de internação, por família:

Família	Nome do Familiar Doente	Sexo	Idade (anos)	Ocupação	Data Início sintomas	Resumo dos Dados		Evolução
						Sintomas	Sinais	
I	MAS	F	20	Estudante	08/06	Mal-estar, dor abdominal e dor de garganta	Febre	Encaminhado p/ consulta
	RS	F	22	Vendedora	08/06	Dor abdominal, cefaléia, anorexia	Febre	Encaminhado p/ consulta
IV	JES	M	33	Pedreiro	08/06	Mal-estar, obstipação, náusea	Febre	Encaminhado p/ consulta
VI	RSO	F	28	Professora	08/06	Mal-estar, cefaléia, anorexia, náusea	Febre e hematomegalia	Internada
IX	TTS	F	25	Bancária	09/06	Mal-estar, dor abdominal, dor de garganta	Febre	Encaminhado p/ consulta
X	HSC	F	30	Psicóloga	12/06	Mal-estar, cefaléia, anorexia, náusea	Febre	Encaminhado p/ consulta
	PDR	M	21	Feirante	12/06	Mal-estar, cefaléia, anorexia, náusea	Febre e hepatomegalia	Internado

Sim, você deve incluí-las. É importante suspeitar desses sintomas, pois, ao que tudo indica, está ocorrendo um surto de uma doença transmissível na sua área. Em reunião da equipe, você levou os casos para serem discutidos e as hipóteses levantadas foram: que o quadro clínico poderia ser prodromico de alguma virose de transmissão respiratória, de

transmissão por vetor, por uma enterovirose ou de uma infecção digestiva bacteriana.

A semelhança das manifestações gastrointestinais dos diferentes pacientes e a referência a um evento comum em que todos estiveram presentes (festa junina), leva-nos a suspeitar de uma fonte de infecção comum, de origem alimentar.

A agente comunitária em visita às famílias I, VI e X informa que nos resultados das hemoculturas de MAS, RSO e PDR foram isoladas bactérias do gênero *Salmonella* e, embora as pessoas não tivessem apresentado diarréia como um dos sintomas, era grande a possibilidade de tratar-se de febre tifóide. Com base nestas informações:

a. Caracterize a doença febre tifóide, tentando definir caso suspeito e caso confirmado - a febre tifóide é uma doença bacteriana aguda de distribuição mundial, associada a baixos níveis socioeconômicos, relacionando-se principalmente com precárias condições de saneamento, higiene pessoal e ambiental. O agente etiológico é a *Salmonella typhi* e o reservatório é o homem, doente ou portador.

Caso suspeito: a pessoa que apresentar febre de início insidioso, que se repete diariamente, sem sinais evidentes de localização.

Caso confirmado: aquele que apresentar sinais e sintomas clinicamente compatíveis, com isolamento de *Salmonella typhi* em cultura (hemograma, coprocultura, urocultura ou mielocultura) ou com Reação de Widal compatível com febre tifóide.

b. Verifique se realmente existem informações para suspeitar de surto ou epidemia de febre tifóide - Em caso positivo, é importante que você consulte o Centro de Vigilância Epidemiológica de sua região, para verificar se na localidade já havia casos relatados de febre tifóide, em qual período eles ocorreram e quais foram as pessoas acometidas. Muitas vezes, os dados relativos à ocorrência de doenças transmissíveis podem estar disponíveis na Secretaria de Saúde de seu município.

Veja no quadro-resumo a data de início dos sintomas na localidade em questão. A análise deste dado mostra que a proximidade das datas permite suspeitar da ocorrência de um surto.

c. Descreva o fluxo de informações a ser seguido
O fluxo de informações na vigilância epidemiológica deve ser o seguinte:

- Preencher a ficha de investigação epidemiológica.
- Registrar o caso no livro de notificação compulsória.

- Notificar ao Centro de Vigilância Epidemiológica regional e/ou central.
- Registrar os casos que aguardam confirmação diagnóstica.

Dando continuidade ao seu trabalho, você identifica que na localidade havia o registro de um caso de febre tifóide há dois anos, cuja infecção ocorreu em município vizinho (caso importado) e no episódio atual os primeiros casos apresentaram início dos sintomas com poucas horas de diferença. Assim, era forte a hipótese de um surto epidêmico de febre tifóide, com fonte comum de infecção. Como sua equipe de saúde da família procederia à investigação deste surto?

As tarefas a serem realizadas seriam:

a) Visitar imediatamente o Centro Comunitário responsável pela organização da festa e pelos alimentos servidos durante a mesma. Nesta visita procurar-se-á descobrir se, além dos casos descritos, havia a informação de outras pessoas com quadro clínico semelhante e se estas tinham procurado assistência médica e onde.

b) Identificar o total de participantes da festa, seus nomes, endereços e telefones, bem como a lista completa dos alimentos e bebidas servidos e sua procedência.

c) Construir um protocolo de investigação para a febre tifóide baseado na ficha de investigação de caso.

d) Realizar visita domiciliaria aos participantes da festa, com o objetivo de coletar informações e identificar casos novos.

Seis novos suspeitos da doença foram identificados após a visita domiciliaria realizada aos

participantes da festa. O resumo dos novos casos encontram-se no quadro II a seguir:

Quadro II - Resumo das informações coletadas das visitas e entrevistas, por família:

Família	Nome do Familiar Doente	Sexo	Idade (anos)	Ocupação	Data Início sintomas	Resumo dos Dados		Evolução
						Sintomas	Sinais	
II	JLS	M	25	Vendedor	09/06	Mal-estar, dor abdominal e dor de garganta	Febre	Encaminhado p/ consulta
	MAR	F	19	Estudante	09/06	Dor abdominal, cefaléia, anorexia	Febre	Encaminhado p/ consulta
V	ACM	M	20	Estudante	10/06	Mal-estar, mialgia obstipação, dor de garganta	Febre	Encaminhado p/ consulta
	CS	F	31	Faxineira	13/06	Mal-estar, cefaléia, anorexia, náusea	Febre e hematomegalia	Internada
VIII	LAS	M	19	Bancário	12/06	Mal-estar, dor abdominal, dor de garganta	Febre	Encaminhado p/ consulta
IX	LNI	M	22	Professor	12/06	Mal-estar, cefaléia, anorexia, náusea	Febre	Encaminhado p/ consulta

O médico da equipe de saúde da família contatou o laboratório e obteve os resultados dos exames de hemocultura, informando à equipe que: RS, JES, HSC, PDR, JLS e ACM tinham hemoculturas positivas e foram classificados como casos confirmados de febre tifóide. MAS, TTS, RSO, MAR, CS, LAS e LNI foram provisoriamente classificados como casos suspeitos de febre tifóide.

Faça uma tabela considerando essa classificação e dê continuidade à investigação epidemiológica, buscando identificar as fontes prováveis de infecção e seu modo de transmissão. Descreva detalhadamente cada passo.

Tabela I - Distribuição dos casos de febre tifóide notificados, relacionados à festa de 1º de junho de 2000, segundo sua classificação provisória, Área Verde/PSF, 2000.

Classificação	Nº	%
Confirmado	06	46
Suspeito	07	54
Total	13	100

Fonte: Dados do PSF

Deve-se realizar a investigação dos alimentos ingeridos na festa e das pessoas que os manipularam para identificar se a fonte de contaminação das que os preparou ou um produto previamente contaminado.

Solicitar a lista dos alimentos servidos na festa e identificar a procedência, manipulação e o acondicionamento dos mesmos. Montar uma tabela correlacionando o nome das pessoas expostas e o tipo de alimento ingerido.

Como resultado da investigação obteve-se da presidente da associação comunitária a seguinte relação de alimentos: pães, quindão, refrigerantes, cerveja, pipoca, pé-de-moleque, doce de leite,

salsicha e lingüiça. Ela informou que todos os alimentos, com exceção dos pães e bebidas foram confeccionados pelas voluntárias da Associação e que dispunha de restos de quindão e lingüiça. Sabe-se, ainda, que, 20 pessoas aproximadamente, estiveram presentes à festa e mantinham-se sem sinais e sintomas da doença até aquela data.

Frente a uma situação como essa, a equipe de saúde da família deve realizar visitas domiciliárias a todos os participantes da festa, com o intuito de realizar um inquérito alimentar almejando esclarecer quais seriam os alimentos “potencialmente contaminados”. As informações das visitas foram organizadas conforme a tabela II, a seguir.

Tabela II - Febre tifóide: pessoas presentes à festa que adoeceram segundo consumo de alimentos - Área Verde/PSF - 2000

Casos	Quindão	Pipoca	Pé-de-Moleque	Doce de Leite	Linguiça	Salsicha	Cerveja	Refrigerante
1. MAS	S	S	S	S	S	N	S	S
2. RS	S	S	N	S	S	N	N	N
3. JES	S	S	S	S	S	S	S	S
4. RSO	S	S	S	S	S	S	S	S
5. TTS	N	S	S	S	S	S	S	S
6. RSC	S	S	S	S	S	S	S	S
7. PDR	S	S	S	S	S	S	S	S
8. JLS	S	S	S	S	Não lembra	S	S	S
9. MAR	S	S	S	S	S	S	N	S
10. ACM	S	S	S	S	S	S	N	S
11. CS	S	S	S	S	S	S	N	S
12. LAS	S	S	N	S	S	S	N	S
13. LNI	S	S	S	S	S	S	Não lembra	S
Subtotal	12S 1N	13S	11S 2N	13S	12S 1N lembra	11S 2N	6S 6N 1N lembra	12S 1N

Vigilância Epidemiológica

Tabela III - Febre tifóide: pessoas presentes à festa e que não adoeceram segundo consumo de alimentos servidos, Área Verde/PSF - 2000.

Casos	Quindão	Pipoca	Pé-de-Moleque	Doce de Leite	Linguiça	Salsicha	Cerveja	Refrigerante
14	S	S	S	N	S	N	S	S
15	S	S	N	N	S	N	N	N
16	S	S	S	N	S	S	S	S
17	S	S	S	N	S	S	S	S
18	N	S	S	N	S	S	S	S
19	S	S	S	N	S	S	S	S
20	S	S	S	N	S	S	S	S
21	S	S	S	N	Não lembra	S	S	S
22	S	S	S	N	S	S	N	S
23	S	S	S	Não lembra	S	S	N	S
24	S	S	S	N	S	S	N	S
25	S	S	N	N	S	S	N	S
26	S	S	S	N	S	S	N	S
27	S	S	S	N	S	S	S	S
28	S	S	S	N	S	S	S	S
29	S	S	S	N	S	S	S	S
30	S	S	S	Não lembra	S	S	S	S
31	S	S	S	N	S	S	Não lembra	S
32	S	S	N	N	S	S	S	S
33	S	S	S	N	S	S	S	S
Subtotal	19S 1N	20S	19S 1N	7S 13N	19S 1N	18S 2N	13S 7N	19S 1N

A tabela II permite-nos identificar quais os alimentos poderiam ter transmitido a doença. Sabe-se que a febre tifóide pode ser veiculada através de água e alimentos, em especial o leite e derivados, contaminados com fezes e urina do doente ou portador. Raramente as moscas participam da transmissão e o congelamento não destrói a bactéria. Nesse caso, os alimentos que poderiam ter sido a fonte de contaminação seriam: o doce de leite, o pão, o pé-de-moleque e o quindão. Nesse caso específico, ao se analisar a tabela II, parece que a fonte de contaminação alimentar foi o doce de leite.

A partir da constatação de que todas as pessoas que comeram o doce de leite adoeceram, tem-se que ele foi a fonte provável de contaminação. Os procedimentos que você deveria adotar agora são os seguintes:

- *Procurar o Centro Comunitário e identificar as pessoas que preparam o doce de leite.*
- *Avaliar as instalações do centro comunitário, no sentido de verificar se o local possui condições sanitárias adequadas de limpeza, água encanada, rede de esgoto, etc.*
- *Identificar a procedência do leite utilizado na confecção do doce.*

Ao realizar a visita ao Centro Comunitário, você identificou que as instalações eram adequadas, a procedência do leite era confiável e as pessoas que lá trabalhavam eram moradoras da Área Amarela. No sentido de buscar portadores sãos, você solicita que todos aqueles que trabalharam na confecção do doce de leite façam coprocultura.

Alguns dias depois, o funcionário do laboratório lhe informa que a coprocultura de uma das que trabalhou na manipulação do doce de leite era positiva para *Salmonella typhi* e que esta pessoa era o rapaz que colocava o doce de leite nas travessas para serem vendidos.

De posse dessas informações, como você reorientaria esta investigação epidemiológica? *Acione a equipe de saúde responsável pela Área Amarela para que ela proceda a investigação e tratamento dos familiares desse rapaz, identifique e elimine outras possíveis fontes de contaminação de *Salmonella typhi* na sua área. Suspeite de possíveis casos de febre tifóide ao realizar consultas médica e de enfermagem em pacientes que apresentem os sintomas sugestivos dessa patologia.*

Assim, os passos de uma investigação de um surto

ou epidemia que o enfermeiro deve seguir são:

1) Coletar informações que respondam à seguinte questão: trata-se de um caso de doença transmissível? Há possibilidade de tratar-se de uma epidemia? Para tanto:

- Revise os casos diagnosticados na sua área e defina critérios para classificar casos entre suspeitos e confirmados.
- Confira se o sistema de informações de rotina está detectando casos da doença (Centros de Vigilância Epidemiológica, Vigilância Hospitalar e SIAB, entre outros).
- Busque casos que tenham passado despercebidos.
- Revise os níveis prévios de endemicidade da doença e de conhecimento local sobre ela (diagrama de controle).

2) Descrever a epidemia:

- Quando? Curva de incidência da epidemia.
- Onde? Mapeamento dos casos.
- Quem? Características dos casos.
- Obtenha informações sobre a população em risco para determinar os denominadores.

3) Responder à questão: o que causou esta epidemia?

- Agente causal, fonte e transmissão, exposição, grupos suscetíveis e de alto risco.
- Obtenha amostras adicionais para examinar em laboratório.
- Estabeleça medidas de controle para a doença específica:
 - Combata a fonte da doença, interrompa a transmissão, proteja pessoas que estejam suscetíveis a ela.
 - Notifique as autoridades, escreva um relatório sobre a epidemia e divulgue.

Após a leitura deste exercício, espera-se que o enfermeiro que atua em Programas de Saúde da Família esteja apto a:

- Identificar e desenvolver ações de Vigilância Epidemiológica;
- Compreender os objetivos epidemiológicos da investigação de uma doença transmissível;
- Identificar, interpretar e analisar os dados epidemiológicos da área de responsabilidade de sua equipe.

BIBLIOGRAFIA

BENENSON, A.S. Manual para el control de las enfermedades transmisibles. Washington, D.C., OPAS/OMS, 16 ed., 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância Epidemiológica. CENEPI, 1998.

SÃO PAULO (Estado). Pesquisa de condições de vida na Região Metropolitana de São Paulo, 1998: primeiros resultados. SEADE, 1999.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Prof. Alexandre Vranjac". Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica: investigação epidemiológica/doença de transmissão entérica, ações integradas de vigilância epidemiológica e sanitária. s/d.

URL: <http://www.fns.gov.br>

VOUGHAM, J.P.; MORROW, R.H. Epidemiologia para os municípios: manual para o gerenciamento dos distritos sanitários. São Paulo, Hucitec, 1992.

Atuação da Equipe de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica

Renata Ferreira Takahashi¹

Maria Amélia de Campos Oliveira¹

O conceito e a finalidade da Vigilância Epidemiológica

Segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância Epidemiológica (VE) compreende o conjunto de atividades que proporcionam as informações indispensáveis para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar e executar as medidas de prevenção, controle e tratamento das doenças.

As transformações históricas do conceito da Vigilância Epidemiológica

Desde a década de 50, a prática da VE vem sendo continuamente reformulada. Inicialmente, a VE caracterizou-se pela observação sistemática e ativa da ocorrência de determinadas doenças transmissíveis *em indivíduos*, através de ações voltadas mais para a vigilância das pessoas do que dos fatores de risco ou para os condicionantes/determinantes dos agravos à saúde. As ações compreendiam a quarentena e o isolamento dos doentes e seus contatos.

Na metade da década de 60, o conceito de VE foi ampliado, passando a ter como foco de ação não só *o indivíduo*, mas também *a coletividade*. Gradativamente, foi incorporando ações de monitoramento, avaliação, pesquisa e intervenção, através do desenvolvimento das campanhas e dos programas de erradicação das doenças transmissíveis. Foi nessa época que o registro dos dados sobre a doença passou a fazer parte da VE, tornando possível conhecer a maneira como as doenças ocorriam. O seu conceito sofreu uma revisão ainda mais abrangente na década seguinte, com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, que, apesar de estar voltado principalmente para o controle de doenças transmissíveis de notificação compulsória, passou a incluir também outros tipos de agravos. Na proposta de tal Sistema, era nítida a divisão entre as ações coletivas e de caráter preventivo, atribuídas à saúde pública, e as ações individuais e curativas,

associadas ao complexo médico-hospitalar, como se as últimas estivessem situadas à margem desse Sistema. Foram definidas a finalidade, as funções e as atividades integrantes da VE, que passou a ser concebida como um “*conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer em todo momento o comportamento ou história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas, eficientes, que levem à prevenção e ao controle da doença*”.

A Vigilância Epidemiológica no SUS

A reformulação do Sistema Único de Saúde, que ocorreu durante toda a década de 80, culminou com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº 8.080) em 1990, em que a saúde tem “...como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.”

A incorporação do conceito ampliado de saúde ao SUS demandou uma readequação do conceito de VE e foi a partir daí que as doenças transmissíveis deixaram de ser o único objeto da VE, tendo sido incorporados os seus determinantes e também as condições que influenciam a sua ocorrência e manifestação.

A apreensão desse novo objeto requer a reorientação das práticas de saúde e a ampliação das responsabilidades dos serviços de saúde para além da coleta de dados e assistência às pessoas acometidas por determinados agravos. Portanto, deve abranger o conhecimento das condições de vida, dos determinantes e dos condicionantes da saúde individual e coletiva, na perspectiva de buscar melhor

qualidade de vida para a população da área de abrangência de tais serviços.

Da mesma forma que as práticas de saúde devem ser reorientadas, o Sistema de Vigilância Epidemiológica também requer uma nova organização, para que o atual conceito de VE possa ser operacionalizado.

É importante reafirmar que os problemas de saúde não estão restritos às doenças, podendo ser resultantes de riscos ambientais (como exposição à poluição do ar), riscos ocupacionais (como exposição à intensidade e determinados ambientes de trabalho), riscos sociais (alvo de violência social) e riscos iatrogênicos (pelo uso de certos medicamentos, aquisição de infecção hospitalar), entre outros.

Tendo em conta a lógica que estrutura o Sistema Único de Saúde, o ponto de partida da VE é a análise da situação de saúde, dos seus determinantes e condicionantes. A etapa posterior compreende a identificação dos problemas de saúde e a sua priorização. O passo seguinte abrange a caracterização dos indivíduos, dos grupos e das populações afetadas por tais problemas, assim como a sua distribuição geográfica. Em seguida, é preciso se proceder o planejamento e a promoção das medidas necessárias para a prevenção e o controle, bem como o monitoramento da ocorrência dos fenômenos que afetam a saúde das populações. Por último, tem de se avaliar o resultado das ações, considerando o seu impacto nos perfis epidemiológicos dos distintos grupos populacionais.

Ademais, de acordo com a atual concepção, a VE tem como finalidade fornecer, de maneira contínua, as informações necessárias para a *indicação e execução* das ações de prevenção e de controle de agravos à saúde. Tais informações compreendem a análise de dados relacionados à ocorrência, aos condicionantes e aos determinantes dos agravos à saúde da população residente em uma dada área geográfica.

No entanto, nos serviços locais de saúde, verifica-se que a prática da VE não vem contemplando as ações que deveriam ser realizadas, tendo como base o seu conceito atual. Na realidade, trata-se de uma VE voltada para a vigilância de casos, pois somente parte das atividades definidas segundo o seu conceito tradicional é que está sendo operacionalizada no nível local.

A VE operada nas Unidades de Saúde, nos dias de hoje, reproduz a divisão entre as atividades

assistenciais individuais, com enfoque curativo, e as atividades de saúde coletiva, de caráter coletivo e preventivo. Constitui uma prática limitada quanto à sua abrangência, voltada unicamente para algumas doenças transmissíveis, de notificação compulsória, cujas ações são desencadeadas a partir da ocorrência ou da suspeita do agravo. É necessário abandonar a visão fragmentada do processo de trabalho da VE e o desenvolvimento de ações isoladas e buscar a articulação com os membros da equipe de outros setores com vistas à Vigilância à Saúde, além de investir na qualificação dos profissionais.

A operacionalização da Vigilância Epidemiológica no nível local

Compete ao nível local:

- identificar e monitorar a vulnerabilidade da coletividade aos agravos de saúde;
- descrever a ocorrência dos agravos de saúde de maior relevância para a população habitante da área geográfica estudada;
- detectar surtos/epidemias;
- estimar a magnitude da morbidade e da mortalidade causada pelos agravos de saúde de maior relevância;
- recomendar e executar as medidas para prevenir e controlar a ocorrência de agravos de saúde;
- avaliar o impacto das medidas de intervenção.

A operacionalização das ações de VE, em nível local, na maioria das vezes restringe-se a atividades de investigação epidemiológica e de coleta de dados. A compilação e a análise dos dados são pouco freqüentes. Geralmente, a transformação dos dados em informações é realizada nos níveis regional e central. Além disso, a demora na divulgação de tais análises tem contribuído para que os serviços locais de saúde não as utilizem para subsidiar o planejamento das ações de prevenção e controle dos agravos à saúde.

A identificação do caso suspeito ou confirmado constitui o ponto de partida para a coleta desses dados. A tomada de decisão sobre as ações a serem realizadas junto à fonte de infecção, aos suscetíveis e aos comunicantes deve estar pautada na análise de tais dados. A notificação de um caso de doença transmissível deve desencadear o processo de coleta de informações, conhecido como *investigação epidemiológica*.

A investigação epidemiológica

As atividades integrantes de tal processo são desencadeadas a partir de um caso suspeito ou confirmado e, além de *necessárias*, devem ser *eficazes* para interromper a cadeia de transmissão do agente infeccioso. Entretanto, são consideradas *insuficientes* por não terem como foco de ação os determinantes e condicionantes do agravo à saúde, pois as medidas são dirigidas ao doente, ao comunicante, ao suscetível ou à fonte de contaminação. São insuficientes porque as ações, em geral, são desencadeadas somente após a instalação do agravo, não gerando modificações nos perfis epidemiológicos dos grupos sociais da região.

A investigação epidemiológica é realizada segundo o método epidemiológico e visa o planejamento, a implementação e avaliação de medidas para prevenir o aparecimento de novos casos, controlando a disseminação. As etapas de investigação compreendem:

- definir se o caso é suspeito ou confirmado, através de critérios clínicos, laboratoriais e epidemiológicos.
- caracterizar os casos segundo pessoa, tempo e local.
- identificar a fonte de contaminação e os grupos suscetíveis.
- configurar a existência de endemia, epidemia ou surto.
- planejar e implementar medidas de prevenção, controle e tratamento da doença.

A atuação da enfermeira na Investigação Epidemiológica

A participação da enfermeira nesse processo inicia-se na fase pré-diagnóstica e compreende a coleta de informações que possam auxiliar na detecção dos casos, confirmação do diagnóstico, além da orientação e da coleta de material para realização de exames. Através do exame físico e da entrevista, cabe-lhe investigar a presença de sinais e sintomas da doença, a história de contatos, a existência de vulnerabilidade ao agravo em foco, a história pregressa de doenças infecciosas, os tratamentos realizados e verificar se as pessoas com quem o doente convive foram acometidas por tal doença.

Os dados sobre a ocorrência do agravo abrangem

a sua descrição no tocante às respostas sobre *quais são as pessoas* que adoecem (quais são as suas condições de vida, de trabalho, de moradia, o que fazem, quais os seus hábitos de vida relacionados à transmissão do agente causal, como são elas, composição familiar, situação vacinal), *quando e como adoeceram* (quais as pessoas com quem tiveram contato – antes e após o aparecimento da doença –, quais foram os sinais e sintomas, quando surgiram, quais as medidas tomadas), *qual a localização geográfica dos doentes e quais as prováveis fontes de contaminação*.

Após a confirmação do diagnóstico, deve notificar o agravo. Em seguida, verificar se a ocorrência dos casos configura uma situação de endemia ou de epidemia, tendo como base a análise das informações disponíveis sobre o agravo em períodos de tempo anteriores, comparando-os com os dados atuais. O diagnóstico de um surto ou de uma epidemia exigirá intervenções urgentes, de âmbito coletivo, tais como: a vacinação de bloqueio, as atividades educativas, a busca ativa de casos e a quimioprofilaxia, entre outras.

A atuação da enfermeira é fundamental quando a doença exige um tratamento prolongado ou adoção de novos hábitos e comportamentos, visando a prevenção de intercorrências que resultem no atraso ou impeçam a recuperação do doente. A intervenção deve buscar a criação de vínculos com o cliente, para que este se torne co-responsável pela sua recuperação e não delegue aos profissionais e à instituição de saúde a responsabilidade da sua cura. No caso de o tratamento ser realizado no domicílio, cabe à enfermeira orientar sobre o diagnóstico, a terapêutica medicamentosa, as medidas higienodietéticas, a necessidade de cuidados para evitar a infecção de outras pessoas, fazendo adaptações na habitação e nos costumes diários. Tais orientações podem ser estendidas aos familiares e às pessoas que pertencem à comunidade do cliente.

É válido recomendar que as atividades educativas não tenham um cunho meramente informativo, mas favoreçam a reflexão sobre a articulação existente entre as condições de vida e trabalho dos clientes e a manifestação das doenças. Essa prática permite que a enfermeira e o cliente possam identificar possíveis alternativas de transformação dessas condições, desde que sejam medidas ao alcance do cliente, isto é, estejam dentro das suas possibilidades de colocá-las em prática.

Outras atividades podem ser desenvolvidas pela

enfermeira, tais como: o controle de comunicantes, que abrange a sua identificação, a coleta de material e o encaminhamento para a realização de exames laboratoriais/ provas de sensibilidade, a observação para detectar precocemente o aparecimento de sinais e sintomas compatíveis com os do caso-índice e a orientação sobre a quimioprofilaxia.

A visita domiciliar deve ser destacada como um instrumento de grande valia na investigação epidemiológica, a despeito das dificuldades para sua realização, uma vez que possibilita conhecer as condições de vida do cliente, bem como identificar os recursos que poderá utilizar para enfrentar a doença, avaliar os riscos de infecção dos familiares, coletar material para exames, realizar procedimentos de enfermagem, ou, ainda, convocar faltosos para os retornos ao serviço de saúde.

A informação é imprescindível para a realização da VE, mas, apesar disso, constitui uma atividade-meio, não pode ser utilizada como uma atividade-fim. Para tornar-se uma informação efetiva, o dado deve ser cuidadosamente coletado e ter as seguintes características: ser completo, verdadeiro, objetivo, claro e atual. A análise das informações visa facilitar a avaliação e a reformulação das ações de prevenção e controle.

Outras fontes de informação

Os dados necessários para a VE extrapolam as informações sobre os casos suspeitos e notificados. É necessário obter dados demográficos da população residente na área de abrangência do serviço de saúde, taxas de natalidade, morbidade, mortalidade, informação sobre o meio ambiente (saneamento básico, abastecimento de água, destino dos dejetos e lixo, poluição ambiental, condições de habitação) e os recursos de saúde existentes. Os dados de mortalidade podem ser obtidos: através das declarações de óbito processados pelo Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), mediante inquéritos ou estudos pontuais e em serviços públicos que possuem bancos de dados e constituem importante fonte de informação, como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

A existência e a integração de sistemas nacionais de informação, como o SIM, utilizado para a vigilância de óbitos, e o Sistema de Informação de Agravos Notificáveis (SINAN), que coleta e processa dados sobre agravos de notificação compulsória,

possibilitando a análise do perfil de morbidade, contribuem, juntamente com outros sistemas, para definir as ações prioritárias de prevenção e controle dos agravos de saúde. O Sistema de Informação de Nascidos Vivos (SINASC), cujas informações permitem compreender o comportamento da mortalidade infantil, constitui um outro banco de dados essenciais para a operacionalização da VE.

Os dados coletados devem ser consolidados através de gráficos, tabelas e mapas para facilitar a análise e a identificação dos grupos com maior risco de acometimento para um determinado agravio. O serviço local de saúde, ao dispor de tais análises, deve promover discussões com toda a equipe sobre a situação de saúde da população residente na área de abrangência do serviço, convidando inclusive usuários para que a definição de prioridades e as ações sejam compartilhadas.

Além da análise realizada pelo serviço de saúde que coleta os dados, a informação deve seguir o fluxo preestabelecido pelo Sistema de Vigilância Epidemiológica, percorrendo os outros níveis, isto é, o regional e o central, para que, agregada aos dados de outras unidades de saúde, possam compor os relatórios que consolidam o conjunto de informações, os quais devem ser disponibilizados a todas as unidades de saúde daquela região ou Estado. Este conjunto de atividades constitui uma ação denominada de retroalimentação do sistema, que é considerada fundamental para o aperfeiçoamento contínuo da produção dos dados.

Potencialidades e limites da Vigilância Epidemiológica

As principais dificuldades enfrentadas na operacionalização da V.E. compreendem:

- a subnotificação dos casos, que resulta na produção de dados subestimados,
- o fluxo lento das informações, que implica na indisponibilidade de dados nos diversos níveis,
- ausência de sistematização das informações
- a má qualidade dos dados (incompletos, insuficientes, incorretos, inexistentes), que dificulta a real caracterização da ocorrência da doença e retarda as intervenções,
- a não-utilização das informações para subsidiar o planejamento das ações, a definição de prioridades,
- as intervenções são desenvolvidas somente após a manifestação da doença,

- as suas ações ainda estão restritas às doenças de notificação compulsória,
- as intervenções têm como objeto o resultado do processo, ou seja, o agravo e não os seus condicionantes e determinantes,
- o baixo impacto das ações nos perfis epidemiológicos dos grupos populacionais,
- as ações são desenvolvidas isoladamente,
- os recursos materiais e equipamentos inexistem ou são insuficientes para o desenvolvimento de algumas ações,
- a falta de motivação dos profissionais para produzir dados com qualidade.

Exemplificando algumas ações de VE da tuberculose

Como as equipes de saúde da Unidade X do PSF podem identificar e monitorar a vulnerabilidade à tuberculose das famílias cadastradas?

1. Identificar os casos de tuberculose ocorridos na área de abrangência da Unidade X **confrontando** os dados de notificação da Unidade e do Núcleo Regional de Saúde da área, pois podem existir moradores não-cadastrados que tiveram tuberculose e foram notificados por outros Serviços da região.

2. Analisar a ocorrência da tuberculose, considerando os dados disponíveis relacionados às características dos usuários e do agravo (como, por exemplo: sexo, idade, tipo de tuberculose, situação atual, forma de descoberta, serviço que notificou e que realiza o tratamento, condições de vida) e a distribuição geográfica dos casos em cada ano. Na análise, considerar as ações de prevenção e controle desenvolvidas pela Unidade e a organização do Serviço para o atendimento dos usuários (rotina).

3. Elaborar um diagnóstico da situação tuberculose na região (por exemplo: sua ocorrência vem aumentando ao longo dos anos; a morbidade é maior em uma determinada área geográfica; em várias famílias há mais de um caso de tuberculose; há aumento no número de casos de abandono de tratamento; há um aumento no número de casos em que há associação com outras doenças nos últimos anos; há um certo número de casos de moradores da área que estão sendo notificados e tratados por outros serviços) e estabelecer hipóteses que possam explicá-la (por exemplo: as condições de vida da população

têm piorado nos últimos anos; a maioria dos doentes estava desempregada; as condições de habitação e de vida têm favorecido a disseminação da doença; o atendimento de pessoas com tuberculose é limitado a um período da semana; o controle de comunicantes não tem continuidade; o abandono do tratamento tem ocorrido no terceiro mês de tratamento, etc.).

4. Identificar os determinantes e condicionantes da ocorrência da tuberculose (por exemplo: condições de vida, organização do serviço – horário, acolhimento, etc. –, acesso, desconhecimento sobre a doença, preconceito, mobilidade da população) na área e **propor intervenções** que visem modificá-los, em parceria com representantes da comunidade e de outros serviços sociais existentes na região (por exemplo: realizar busca ativa de sintomáticos respiratórios na região; promover uma campanha educativa sobre a tuberculose, em conjunto com as escolas da região; buscar parcerias visando iniciativas para o oferecimento de cursos profissionalizantes aos moradores; reorganizar a rotina de atendimento, rever o controle dos comunicantes, etc.).

5. Intervir e avaliar posteriormente o impacto das ações na ocorrência da tuberculose.

6. Rever a organização do serviço e as ações até então estabelecidas para a prevenção e o controle da tuberculose.

BIBLIOGRAFIA

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Guia de Vigilância Epidemiológica. Brasília, 1998.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Vigilância Epidemiológica "Professor Alexandre Vranjac". Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica. São Paulo, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional da Saúde. Centro Nacional de Epidemiologia. Coordenação de Pneumologia Sanitária. Manual de Normas para o controle da tuberculose. Brasília, 1995.

A Operacionalização do Conceito de Vulnerabilidade no Contexto da Saúde da Família

Renata Ferreira Takahashi¹

Maria Amélia de Campos Oliveira¹

A origem do conceito de vulnerabilidade e sua utilização na saúde

O conceito de vulnerabilidade nasceu na área dos Direitos Humanos, tendo sido incorporado ao campo da saúde a partir dos trabalhos realizados na Escola de Saúde Pública de Harvard por Mann sobre a aids. Para compreender como se deu tal incorporação, é necessário recuperar a trajetória histórica dessa epidemia a partir dos anos 80.

A identificação dos primeiros casos em pessoas que já eram discriminadas socialmente (homossexuais, usuários de drogas), associada ao medo de uma doença desconhecida, levou à ampla disseminação do conceito de “grupo de risco para a aids”, o que contribuiu para que a síndrome fosse pensada como uma doença “do outro”. As primeiras campanhas de prevenção, além de serem insuficientes para evitar a disseminação da doença, estimularam o preconceito e a discriminação.

O avanço do conhecimento sobre a síndrome, na segunda metade da década de 80, e a maior disseminação de informações aliada à pressão exercida por aqueles considerados “grupos de risco” cooperaram para a emergência de um outro conceito conhecido como “comportamento de risco”. Sem dúvida, houve uma evolução na concepção, pois estimulava a adoção individual de medidas de prevenção e propiciou a explicitação da suscetibilidade “coletiva”, isto é, a noção de que todos são suscetíveis. Por outro lado, foi nesse período que se intensificou a atribuição de culpa àqueles que eram infectados e se acentuou a percepção dos limites das intervenções que encaminhavam para uma mudança de comportamento na dependência apenas de um dado conhecimento e do desejo de mudança. No final desse período, começou a ficar mais evidente a ocorrência da síndrome nos grupos socialmente mais vulneráveis, como os pobres, as mulheres e os jovens.

Na última década, concretizaram-se avanços significativos na terapêutica e nos recursos para o diagnóstico da infecção e para deter sua evolução. No entanto, apesar dos benefícios dos novos

instrumentos disponíveis para o controle da epidemia, este não foi alcançado. Em contrapartida, propostas envolvendo intervenções de alcance social e estrutural foram fortalecidas e passaram a ser vistas como fundamentais para o alcance desse objetivo.

Em seus trabalhos, Mann e colaboradores (1993) passaram a utilizar o conceito de vulnerabilidade e a elaborar indicadores para avaliar o grau dessa vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento pelo HIV, considerando três planos interdependentes de determinação. Com base nesses estudos, pode-se dizer que o conceito de vulnerabilidade busca avaliar a suscetibilidade de indivíduos ou grupos a um determinado agravio à saúde.

Na **vulnerabilidade individual**, considera-se o conhecimento acerca do agravio e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. Deve-se compreender que os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária da pessoa, mas especialmente pela sua capacidade de incorporar, ou melhor, de aplicar o conhecimento que possui, transformando o comportamento que a torna suscetível ao agravio.

Orientam este grau de vulnerabilidade pressupostos de que:

- qualquer pessoa é vulnerável ao HIV;
- os meios que a pessoa dispõe para se proteger determinam sua vulnerabilidade;
- quanto maior o amparo social e a assistência à saúde, menor será sua vulnerabilidade;
- a vulnerabilidade é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção).

Na **vulnerabilidade programática**, leva-se em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional,

as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

Na **vulnerabilidade social**, avalia-se a dimensão social do adoecimento, utilizando-se indicadores capazes de revelar o perfil da população da área de abrangência no que se refere ao acesso à informação (rádio e TV), gastos com serviços sociais e de saúde, acesso aos serviços de saúde, coeficiente de mortalidade de crianças menores de cinco anos, a situação da mulher, o índice de desenvolvimento humano e relação entre gastos com educação e saúde.

Avaliando a vulnerabilidade

A avaliação da vulnerabilidade visa responder algumas questões:

- Qual é a vulnerabilidade ao agravo do grupo social ? (descreva-a)
- O que fazer para diminuir a vulnerabilidade das pessoas ao agravo? O que já foi realizado ?
- Até que ponto a vulnerabilidade pode ser diminuída ?
- Como diminuir essa vulnerabilidade mediante atividades que provoquem mudanças nos serviços sociais e de saúde existentes na área de abrangência?
- Como diminuir a vulnerabilidade através de atividades que provoquem mudanças sociais no espaço geossocial do grupo ?

A vulnerabilidade e suas potencialidades para intervir na coletividade

O conceito de vulnerabilidade amplia a perspectiva da intervenção no que se refere à modificação da suscetibilidade de indivíduos ou grupos às doenças transmissíveis ao considerar que sua ocorrência não depende exclusivamente das características individuais, mas que há um componente social determinante. Além disso, possibilita a superação da abordagem comportamentalista das estratégias de prevenção à infecção e ao adoecimento.

Operacionalizando o conceito

Por que e como avaliar a vulnerabilidade ao HIV de grupo sociais

Este exercício tem como finalidade propor ações de prevenção da infecção pelo HIV em um determinado

grupo social residente na área de abrangência de uma Unidade do PSF, tendo como base o conhecimento da vulnerabilidade desse grupo à infecção pelo HIV. Para tanto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- identificar conhecimentos, comportamentos e representações sobre a infecção pelo vírus HIV e a Aids dos integrantes do grupo social eleito;
- identificar as condições de vida e trabalho que determinam os processos de proteção/desgaste frente à infecção pelo HIV/Aids;
- identificar as ações programadas para a prevenção da Aids dirigidas para tal grupo, desenvolvidas pelas instituições de saúde da região;

1. Por que avaliar a vulnerabilidade ao HIV?

A equipe 1 de uma Unidade do PSF, em sua reunião semanal, comenta sobre a mudança na freqüência do diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis nas famílias cadastradas em sua microárea e decide analisar os dados contidos nos Boletins Epidemiológico de Aids, elaborados pelas Secretarias de Saúde Estadual e Municipal. A análise inicial possibilita-lhes conhecer a ocorrência e a evolução da epidemia na área de abrangência da Unidade, segundo algumas características da população acometida pela Aids (sexo, idade, forma de exposição, nível de instrução, proporção entre homens e mulheres, ano de diagnóstico, óbitos, doenças associadas, etc.). Assim procedendo, constata que o número de casos de aids em determinados grupos sociais (jovens, mulheres, profissionais do sexo, etc) vem aumentando nos últimos anos e que a forma mais freqüente de exposição ao vírus foi a “sexual”.

Na segunda etapa da análise, ao correlacionar os dados dos Boletins com os do cadastro das famílias e do diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas da região, a equipe verifica que tal aumento ocorreu nos bairros em que as condições de vida da população são precárias e que esta tem maior dificuldade de acesso às Unidades de Saúde que os moradores de outros bairros da região. Além disso, identifica que a área geográfica que abrange tais bairros congrega um grupo social (por exemplo, adolescentes e jovens).

Diante de tais fatos, a equipe estabelece como prioridade desenvolver ações de prevenção da infecção pelo HIV destinadas aos grupos sociais, homogêneos por suas características, tendo como

base a vulnerabilidade desses grupos à referida infecção.

2. Como a avaliar a vulnerabilidade dos grupos sociais?

A apreensão da vulnerabilidade à infecção pelo HIV necessita da avaliação em três planos:

a) Comportamento pessoal ou vulnerabilidade individual

b) Programas de combate à Aids ou vulnerabilidade programática

c) Contexto social ou vulnerabilidade social

Para a realização dessa avaliação, é preciso organizar um levantamento junto aos grupos e serviços sociais existentes na região. Os passos descritos em seguida orientam a sua operacionalização:

Planejamento:

- definir a finalidade dos levantamentos (descrever a vulnerabilidade dos jovens/adolescentes);

- verificar o que fazer para diminuir a vulnerabilidade das pessoas ao agravio? (verificar o que já foi realizado);

- estabelecer ações visando diminuir a vulnerabilidade das pessoas através de atividades que provoquem mudanças nos serviços sociais e de saúde existentes na área de abrangência;

- definir uma amostra da população;

- elaborar os instrumentos de coleta de dados (verificar o conhecimento, crenças, representações sobre a infecção pelo HIV e práticas de prevenção, fontes de informação, etc.), testá-los previamente e reproduzi-los.

- treinar a equipe na coleta de dados;

Organização:

- Buscar o envolvimento dos líderes locais para o desenvolvimento do levantamento, (apresentar a justificativa, a finalidade do levantamento, sua utilidade), solicitando-lhes cooperação para divulgar o trabalho e estimular a participação dos jovens/adolescentes;

Durante o trabalho de campo:

- supervisionar as equipes durante a coleta de dados.

Análise e divulgação:

- organizar um banco de dados, em que serão inseridas as informações obtidas;

- analisar os dados e descrever a vulnerabilidade dos grupos;

- propor ações que visem a prevenção da infecção pelo HIV, considerando o diagnóstico de

vulnerabilidade e buscando a integração com outros serviços da região como escolas, associações, etc.

Após a implementação das ações, é necessário avaliá-las, verificando se houve mudança na vulnerabilidade do grupo-alvo.

A seguir, apresenta-se o exemplo de sugestões de questões que podem fazer parte do instrumento de coleta de dado para identificar a vulnerabilidade de adolescentes e jovens ao HIV/Aids:

Componente individual:

1. Sobre o conhecimento dos jovens quanto às formas de contaminação pelo HIV.

- É possível contaminar-se com o vírus da Aids: Recebendo transfusão de sangue? Usando agulhas e seringas comuns? Através de picadas de mosquitos e outros insetos? Mediante relação sexual? Beijo de língua? Por sexo oral? Da mulher grávida para o bebê? Fazendo tatuagens/perfurações sem fazer esterilizações?

Qual a sua opinião sobre as formas de prevenção da Aids: usar camisinha? Reduzir o número de parceiros? Fazer sexo só com quem tiver teste HIV? Não compartilhar agulhas e seringas? Limpar as agulhas e seringas após o uso? Discutir com o parceiro sobre formas de prevenção? Transar usando coito interrompido?

2. Sobre os comportamentos de proteção à infecção:

- O que você fez ou faz para se proteger da Aids: Em relação ao sexo? (uso camisinha, tenho relação sexual apenas com pessoas conhecidas, não tenho relações sexuais, não faço nada para me proteger). Quanto às drogas? Você conhece alguém que está ou esteve infectado pelo HIV ou doente de Aids? Como você se sente em relação à Aids? Onde ou como você obteve informações sobre Aids? Qual a sua opinião sobre a camisinha: É fácil de colocar? Pode ser usada com prazer? Pode ser usada para retardar a ejaculação? Se você descobrisse que um colega é portador do HIV qual seria sua atitude? Qual o local mais utilizado pelos adolescentes para transar? Qual é o método que você utiliza para evitar filhos? Na prática, com que frequência você acha que os adolescentes usam camisinha? Por que razão você faria o teste anti-HIV? O que é a escola para os adolescentes? Como você se sente tratado na sua escola? Você já usou ou usa: crack, maconha, cigarro, álcool, cocaína, cheira cola, injetáveis.

3. Sobre as fontes de informação a respeito da

infecção pelo HIV:

- Na sua escola, é possível falar livremente sobre: Sexo? Drogas? Aids? Avaliar professores? Organizar-se em grêmios? Quais outros lugares você freqüenta além da escola? Que tipo de serviço de saúde você costuma freqüentar? Onde normalmente você consegue camisinha? Você sabe aonde ir para fazer o teste do vírus da Aids? Você fala sobre sexo em casa? Com quem você prefere conversar sobre a Aids e o HIV? Com que freqüência você lê, assiste ou acessa Internet, TV, livros, rádio, jornal? Quais são as suas atividades de lazer? Qual a sua religião?

Vulnerabilidade social:

- Caracterizar os aspectos demográficos da população quanto à estrutura da população por faixa etária e sexo, tempo de residência na localidade.
- Caracterização das famílias com relação a: tamanho, tipo, chefe por sexo, por faixa etária, por número de filhos e situação conjugal.
- Caracterizar as condições habitacionais, tais como tipo de edificação, número de cômodos, apropriação da moradia e infra-estrutura urbana.
- Situação educacional, como condição de alfabetização, média de anos de escolaridade e nível de instrução por faixa etária.
- Inserção no mercado de trabalho, como: taxa de desemprego, estrutura de emprego, benefícios do trabalho assalariado, classes de rendimento e formas de aprendizado.
- Renda e patrimônio familiar: nível e renda familiar, desigualdade de renda familiar, classes de renda familiar total e per capita, fontes de rendimento, contribuição dos membros da família na composição da renda, posses de bens de consumo duráveis, gasto das famílias com água, energia elétrica, incapacidade declarada para o pagamento de despesas.
- Acesso a serviços de saúde: posse de convênio ou plano de saúde, tipo de saúde utilizado; mortalidade antes dos cinco anos.

Vulnerabilidade programática:

- Como se expressa o compromisso com a epidemia de Aids nos serviços de saúde? Existe transformação do compromisso em ação? Há desenvolvimento de parcerias entre os setores governamentais e Organizações Não-Governamentais? Como é o planejamento, coordenação e gerenciamento das ações de combate à Aids? Existe resposta às necessidades de prevenção e tratamento da Aids? Como se obtêm os recursos financeiros? Como se avalia o processo e o impacto?

Ao final deste capítulo, a(o) enfermeira(o) deverá ser capaz de:

- Identificar o conceito de vulnerabilidade e suas potencialidades para intervir na coletividade
- Operacionalizar o conceito de vulnerabilidade
- Reconhecer instrumentos para a identificação de vulnerabilidades ao HIV/Aids em adolescentes

BIBLIOGRAFIA

AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerabilidade e prevenção em tempos de Aids. In: BARBOSA, R.M.; PARKER, R. (org.). Sexualidade pelo avesso: direitos, identidades e poder. Rio de Janeiro, IMS/UERJ, 1999.

MANN, J. ; TARANTOLA, D.J.M.; NETTER, T.W. (org.). A Aids no mundo: história social da Aids. Rio de Janeiro, Relume-Dumará, 1993.

SÃO PAULO (Estado). Pesquisa de condições de vida na Região Metropolitana de São Paulo, 1998: primeiros resultados. SEADE, 1999.