

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

N.Cham. TCC UFSC ENF 0220
Título: Assistência de enfermagem na
atenção primária no Posto de Saúde da
972517581 Ac. 241046
Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO POSTO DE SAÚDE DA PREFEITURA
MUNICIPAL DE FLORIANÓPOLIS EM CAPOEIRAS

CCSM
TCC
UFSC
ENF
0220
Ex.1

LAIRIS CRISTINA DE SOUZA
LUCIANA DEEKE SASSE
MARLI MEDEIROS VIEIRA
ROSENETE REGINA OTTO

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - ENSINO INTEGRADO
VIII UNIDADE CURRICULAR - INT 1108
ORIENTADORA: PROFa. DIVA FIORINI
SUPERVISORA: ENFa. VERA DE LACERDA MORTARI

FLORIANÓPOLIS

MARÇO - 1990

"Ainda resta esperança quando
um punhado de lutadores não
abandona a esperança de melho-
rar os destinos da humanidade".

(Roquq Schneider) /

AGRADECIMENTOS

Agradecemos às pessoas que de maneira direta ou indireta, incentivaram, contribuíram e enriqueceram na elaboração deste projeto.

SUMÁRIO

	PÁG.
I - INTRODUÇÃO	1
1.1 - Fundamentação Teórica	4
II - CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE ESTÁGIO	9
2.1 - Aspectos Sócio-Econômico-Culturais da Comunidade de Capoeiras	9
2.2 - Área Física	10
2.2.1 - Recursos humanos	11
2.2.1 - Recursos materiais	11
III - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	13
IV - OBJETIVOS	25
4.1 - Objetivo Geral	25
4.2 - Objetivos Específicos	25
V - CRONOGRAMA	30
VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS	31
VII - BIBLIOGRAFIA	33
7.1 - Bibliografia Citada	33
7.2 - Bibliografia Consultada	34
APÊNDICES	36
ANEXOS	41

I - INTRODUÇÃO

A VIII Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, intitulada como "Enfermagem Assistencial Aplicada", dá oportunidade ao aluno de optar pelo campo da ação em um projeto de assistência, bem como escolher seu orientador e supervisor.

Este projeto será realizado pelas acadêmicas de Enfermagem Laíris Cristina de Souza, Luciana Deeke Sasse, Marli Medeiros Vieira, Rosenete Regina Otto, no Posto de Saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis, localizado em Capoeiras à Rua Irmã Bonavita, s/n. Temos como orientadora a professora enfermeira Diva Fiorini e supervisora a enfermeira Vera de Lacerda Mortari.

A carga horária compreenderá 300 horas, sendo que 80 horas serão destinadas para planejamento (02/03 - 15/03/90), apresentação do projeto (16/03/90) e relatório (21/06/90), e 220 horas destinadas para o estágio prático de 4 horas diárias conforme cronograma.

Diante da proposta de atuação na área de saúde individual e coletiva da comunidade, surgir a possibilidade de desenvolvermos um trabalho em saúde pública, uma vez que o atual ensino

de enfermagem está voltado em quase sua totalidade na formação de profissionais para assistência curativa, suprimindo assim o mercado de trabalho.

Segundo o núcleo de Estudos em Saúde Coletiva, o modelo de Política de Saúde adotado e consolidado no Brasil a partir do Regime Militar de 64 conduziu nosso sistema assistencial a um estado de completa falência. O que temos hoje é uma rede pública propositalmente sucateada, uma rede privada distanciada das necessidades de saúde da população e a distribuição desproporcional, perversa até, de ambas as redes (pública e privada). As medidas de caráter coletivo foram relegadas a um plano secundário enquanto que paradoxalmente as medidas assistenciais, especialmente aquelas realizadas no âmbito de espaço hospitalar, foram elevadas a qualidade de medidas prioritárias, a ponto da própria população associar assistência à saúde com assistência hospitalar.

Este quadro vivido hoje exige, e com urgência, uma reformulação total do setor de saúde, para que ele seja compreendido de maneira abrangente, não apenas constituído por uma rede assistencial e por uma rede de serviços de saúde, mas como um sistema integrado ao saneamento básico, educação, habitação, condições de trabalho e todos os setores que influam de forma importante no campo da saúde.

A realidade brasileira pede uma reforma imediata nas políticas de saúde. Essa reforma que vem sendo chamada de Reforma Sanitária é um conjunto de idéias que tem como objetivo recolocar o setor de saúde sobre uma base sólida resgatando-o de uma

situação que hoje poderia ser classificada objetivamente como caótica. As idéias de Reforma Sanitária foram geradas especialmente a partir da década de 70 e culminaram com as propostas da 8a. Conferência Nacional de Saúde, que idealizaram um sistema de saúde participativo, igualitário, descentralizado, integral e universalizado.

Não é admissível nos dias de hoje que se administre qualquer tipo de serviço sem que haja um planejamento prévio.

Segundo DANIEL "a idéia de se fazer um planejamento antes de iniciar uma atividade em determinada unidade ou setor, dentro ou fora do hospital, tem como finalidade utilizar métodos, normas e procedimentos em uma filosofia e objetivos definidos, visando conduzir ao melhor e mais amplo atendimento de necessidades específicas e prioritárias dos indivíduos. Planejamento é um estudo ou plano detalhado de trabalho. É um sistema de técnicas que tem como objetivo a elaboração de programas que comportam não somente a indicação dos objetivos a serem alcançados, mas também a previsão das diversas etapas de execução ..."

O planejamento das ações de enfermagem implica também na necessidade de se conhecer melhor a frequência dos problemas de saúde dos pacientes portadores de doenças crônicas, bem como as respectivas causas desencadeantes, sendo necessário partir-se para a orientação de enfermagem.

O homem valorizado como pessoa humana nos aspectos biológicos, psico-social e cultural é responsabilizado pelo crescimento, desenvolvimento social, econômico e político do país. No entanto para participar desse processo de crescimento e produ-

tividade necessita encontrar-se em bom estado de saúde e bem estar social, sendo que o atendimento de suas necessidades básicas demanda do auto-cuidado para a saúde.

Para poder agenciar o auto-cuidado o homem necessita ter conhecimento de como fazê-lo. No exercício de sua profissão o enfermeiro tem papel relevante na aprendizagem destes pacientes para o seu auto-cuidado.

Conforme FREIRE "educação tem caráter permanente, não havendo seres educados e não educados, pois estamos todos nos educando, existindo grau de educação, porém esses não são absolutos".

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

1.1 - Fundamentação Teórica.

É necessário para a nossa prática profissional, possuímos um marco conceitual, servindo este como base para a execução da nossa proposta de atuação, o que servirá como modelo para nosso desempenho no futuro.

A estrutura conceitual permite uma visão mais ampla do todo, e torna possível a utilização de critérios para o levantamento de dados, documentação, avaliação e acompanhamento do cliente, bem como da assistência de enfermagem com seus respectivos programas.

Centralizamos nosso marco baseado nos princípios básicos da Teoria de Wanda de Aguiar Horta e Dorothea Orem.

HORTA, propondo a Teoria das Necessidades Humanas Básicas, afirma⁵: "enfermagem é a ciência e a arte de assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, de torná-lo independente desta assistência, quando possível, pelo ensino do auto-cuidado, de recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com outros profissionais".

A autora⁶ define como Necessidades Humanas Básicas "estados de tensões conscientes ou inconscientes resultantes dos desequilíbrios homeodinâmicos dos fenômenos vitais".

Os pressupostos básicos da teoria são:

- A enfermagem respeita e mantém a unidade, autenticidade e individualidade do ser humano;
- A enfermagem é prestada ao ser humano e não a sua doença e desequilíbrio;
- A enfermagem reconhece o ser humano como membro de uma família e de uma comunidade, bem como um elemento participante ativo no seu auto-cuidado.

Horta desenvolve sua teoria a partir da Teoria da Motivação Humana de Maslow que se fundamenta nas necessidades humanas básicas. Essas necessidades foram por ele hierarquizadas em níveis:

- necessidades fisiológicas;
- de segurança;
- de amor;

- de estima;
- de auto-realização.

Para MASLOW⁷ "um indivíduo só passa a procurar a satisfazer as necessidades do nível seguinte, após um mínimo de satisfação das anteriores".

MASLOW⁸ tem um conceito fundamental de que "nunca há satisfação completa ou permanente de uma necessidade, pois se houvesse, conforme a teoria estabelece, não haveria mais a motivação individual".

Horta propõe uma metodologia no procedimento de enfermagem, cujo ponto de partida é o histórico de enfermagem ou coleta de dados. Um outro passo, denomina-se diagnóstico de enfermagem e consta de determinação das necessidades básicas afetadas no paciente. Quanto aos problemas refere-se principalmente como sintomas ou manifestações de necessidades em desequilíbrio. Os demais passos ou etapas, são o plano assistencial, o plano diário de cuidados, a evolução e o prognóstico de enfermagem.

Em relação a Teoria do Auto-Cuidado, OREM⁹ define que: "enfermagem é a parte e a tecnologia que tem como principal preocupação a necessidade do indivíduo de auto-cuidar-se e a provisão e manutenção deste auto-cuidado de uma forma contínua e de modo a manter a vida e a saúde, recuperação da doença ou dano a enfrentar seus efeitos.

A autora¹⁰ define como auto-cuidado "a prática de atividades que indivíduos pessoalmente iniciam e desempenham em seu

próprio benefício para manter a saúde, vida e o bem-estar, recuperar-se de doenças ou acidentes e de fazer face aos efeitos .

São três os conceitos básicos da teoria do auto-cuidado:

1. Competência dos indivíduos para o auto-cuidado - que simboliza o poder dos indivíduos de se engajarem em auto-cuidado de forma a atender as suas necessidades individuais. Esta competência inicia-se na infância indo se desenvolver em todo o ciclo vital ao qual sofrerá influência do ambiente, sociedade, representando deste modo suas crenças, valores, atitudes e capacidades cognitivas.
2. Demanda terapêutica para o auto-cuidado - é referida por OREM como "a totalidade das ações do auto-cuidado a serem desempenhadas em determinado período, de modo a satisfazer as necessidades e/ou exigências de auto-cuidado, decorre das necessidades em relação à manutenção da vida, saúde e bem estar.
3. Competência da enfermagem para o auto-cuidado ou déficit de auto-cuidado - representado pelo conjunto de capacidades dos profissionais de enfermagem para identificar deficiências na execução das ações do auto-cuidado requeridas pelos indivíduos em implantar medidas de ajuda dirigidas a atender as necessidades de saúde dos mesmos. Em sua competência para agenciar o auto-cuidado, o enfermeiro deve ter claro a palavra adequação, que significa que para cada paciente a enfermagem deve idealizar um sistema de auto-cuidado, pois cada indivíduo é único em suas situações de cuidado e adaptações

a comportamentos de alternativas de vida. O sistema de enfermagem deve ser flexível a novas situações, podendo mudar ao longo do tempo.

OREM ressalta que existem fatores que afetam a qualidade da participação do paciente no auto-cuidado, fatores referentes a idade, estágio no desenvolvimento do ciclo vital, condições de vida, grau de maturidade da personalidade, auto-imagem, experiências de vida, sistema familiar, inserções culturais, estado de saúde-doença, modo de pensar, a realidade social e maturação para tomar decisões. Desta forma ao tentarmos inserir o paciente no seu auto-cuidado através de orientações de enfermagem, levaremos em consideração todos estes fatores, dentro de uma postura profissional, voltada para uma percepção e identificação dos componentes de saúde dos nossos pacientes em seu contexto de crenças e valores.

As duas teorias citadas, resumidamente, servirão de marco conceitual, possibilitando deste modo um melhor aprendizado e atuação na assistência que por nós será prestada.

II - CARACTERÍSTICAS DO CAMPO DE ESTÁGIO

2.1 - Aspectos Sócio-Econômico-Culturais da Comunidade de Capoeiras*

O bairro de Capoeiras, conforme Apêndice nº 1, possui aproximadamente 11.237 habitantes (projeção do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística para 1989), sendo que 67,8% procedem da zona urbana e 35,2% da zona rural. Neste destacam-se duas áreas consideradas bolsões de pobreza, são elas: o morro do Flamengo e a Via Expressa, formadas principalmente por famílias vindas do interior do Estado.

Este bairro possui farmácias, bancos, bares, supermercados, oficinas, padarias, restaurantes, consultórios dentários, postos de gasolina, escritório de advocacia e outros.

Em 38,9% das famílias, somente uma pessoa contribui para a renda familiar, duas pessoas 34,9% e mais de cinco pessoas apenas 4,2%.

A maioria da população economicamente ativa de Capoeiras, 46,3%, é constituída por empregados e 6,3% são proprietários.

*Dados fornecidos por acadêmicas do curso de Serviço Social através de um trabalho desenvolvido na comunidade de Capoeiras no semestre 89/2.

A taxa de desemprego atinge 7,4% da população, 15% são estudantes e 14,2% do lar.

Quanto ao saneamento básico, 66,3% dos domicílios do bairro possuem fossa séptica, enquanto que 27,4% são assistidos pela rede pública e 5,3% possuem latrina, fossa rudimentar ou nenhuma forma de saneamento.

O bairro de Capoeiras é servido de 6 estabelecimentos de ensino, creches e instituições de atendimento à famílias, adolescentes e idoso.

O índice de evasão escolar é de 64,4%. Isto se deve a diversos fatores:

- dificuldades financeiras - 31,6%;
- falta de estímulos - 50,7%;
- desvalorização do ensino - 14,9%.

A participação dos moradores se distribue nas seguintes organizações:

- conselho comunitário - 5,6%;
- clube de mães - 5,6%;
- sindicatos - 6%;
- partidos políticos - 5,6%.

Outras organizações que se destacam são o movimento dos sem teto, o CAPROM (Centro de Apoio e Promoção do Migrante) e Ação Social da Igreja Católica.

2.2 - Área Física (Apêndice nº 2).

O Posto de Saúde de Capoeiras foi inaugurado em 16 de ou-

tubro de 1978. Sua área é bastante ampla, contendo:

- 2 consultórios médicos;
- 1 sala de enfermagem;
- 1 consultório odontológico;
- 1 sala de espera;
- 1 sala de lanches;
- 1 sala de nebulizações;
- 1 secretaria;
- 1 sala de estar, contendo junto a farmácia;
- 2 sanitários públicos,
- 3 sanitários para funcionários, sendo 1 por consultório.

2.2.1 - Recursos humanos.

- 2 médicos;
- 1 enfermeira;
- 3 atendentes de enfermagem;
- 2 odontólogos;
- 1 faxineira.

2.2.2 - Recursos materiais.

Material permanente:

- geladeira;
- estufas;
- balanças (adultos e infantil);
- macas;
- focos luminosos;
- régua antropométrica;
- esfigmomanômetro;
- otoscópio;

- + termômetros;
- espêculos;
- pinças;
- tesouras;
- fita métrica.

Material de consumo:

- luva;
- gaze;
- esparadrapo;
- algodão;
- soro fisiológico;
- iodo;
- abaixador de língua;
- espátula;
- vacinas;
- agulhas;
- seringa.

Este posto é mantido pela Prefeitura Municipal de Florianópolis.

III - REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

Os cuidados primários de saúde são essenciais para que o mundo alcance, em futuro previsível, um aceitável nível de saúde.

Sabe-se que "a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, reunido em Alma Ata aos 12 de setembro de 1978 em sua declaração expressou a necessidade de ação urgente de todos os governos, de todos os que trabalham nos campos de saúde e do desenvolvimento mundial para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo"¹¹.

Segundo CHAVES¹², numa visão abreviada e consolidada dos conceitos e recomendações emanados da Conferência de Alma-Ata, os cuidados primários de saúde baseiam-se nos seguintes conceitos: "a saúde é um direito fundamental cuja realização requer a participação dos setores sociais e econômicos, além do setor saúde. Os cuidados primários de saúde também refletem e resultam das condições sócio-econômicas e políticas do país. A grande desigualdade hoje existente no estado de saúde da população entre os países e dentro de um mesmo país é inaceitável. Há necessidade de uma nova ordem econômica internacional que leve ao desenvolvimento sócio-econômico".

Diante desta situação surge a VIIIa. Conferência Nacional de Saúde que "ressalta como conclusão unânime que: as modificações necessárias ao setor saúde transcendem os limites de uma reforma administrativa e financeira, exigindo-se uma reformulação mais profunda ampliando-se o próprio conceito de saúde e sua correspondente ações institucional, revendo-se a legislação que diz respeito à promoção, proteção e recuperação de saúde, constituindo-se no que se está convencendo chamar de Reforma Sanitária"¹³.

Assim, no contexto e nas dimensões das transformações propostas pela VIIIa. Conferência Nacional de Saúde firma-se hoje o conceito de saúde "como direito que significa a garantia pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de promoção, proteção e recuperação de saúde, em todos os seus níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade"¹⁴.

Como profissionais de saúde devemos assumir a prestação de serviços de saúde à população como um compromisso com a transformação da realidade.

Entendemos que Enfermagem na Saúde Pública, segundo a OMS¹⁵ "é um aspecto especializado da enfermagem que cumina as habilidades específicas da enfermagem, de saúde pública e de algumas fases da assistência social, exercendo funções do programa global de saúde, que visam a promoção da saúde, à melhoria das condições sociais e físicas do meio à reabilitação e à prevenção das doenças e das incapacidades. Preocupa-se principalmente com

o cuidado à família sadia e com pacientes não hospitalizados e os seus familiares, com grupos específicos das populações e com problemas de saúde que afetam a comunidade como um todo. Devido às relações tradicionalmente estritas entre as enfermeiras e as famílias aos seus cuidados, são os outros serviços de saúde e da comunidade frequentemente levados ao conhecimento público através dos serviços de enfermagem de saúde pública".

Os problemas de saúde, em razão de sua importância na vida das pessoas passam a constituir "os motivos para que a população desenvolva um processo organizado de busca de soluções coletivas. Esta é uma situação favorável à prática da educação em saúde, de modo permanente, e baseada na interação respeitosa com a subcultura popular, com a maneira como a população percebe seus problemas de saúde"¹⁶.

Um dos principais desafios da ação educativa em saúde é a de que a mulher, a criança, e adultos criem mecanismos de auto-cuidado.

O atendimento à mulher pelo sistema de saúde tem-se limitado, quase que exclusivamente, ao período grávido-puerperal e mesmo assim de forma deficiente. Ao lado de exemplos conhecidos, como a assistência preventiva e de diagnóstico precoce de doenças ginecológicas malignas, outros aspectos como a prevenção, detecção e terapêutica de doenças sexualmente transmissíveis, repercussões biopsicossociais da gravidez não desejada, abortamento e técnicas de controle de fertilidade, tem sido relegados a segundo plano. Isso, assume importância ainda maior ao se considerar a crescente presença da mulher na força de trabalho, além de seu papel fundamental no núcleo familiar.

Segundo o Censo Demográfico de 1980, "a população total do país era então de 119.070.865 habitantes, dos quais 31,86% correspondiam à população feminina acima de 15 anos. Ao grupo de mulheres de 15 a 49 anos correspondem aproximadamente, 7% do total de óbitos gerais. De cada 16 óbitos, um corresponde ao de uma mulher nesta faixa etária. Ainda neste grupo, as 7 primeiras causas de óbito são, em ordem de frequência: doenças do aparelho respiratório, causas externas (acidentes e violências), neoplasmas, doenças infecciosas e parasitárias, doenças do aparelho respiratório, doenças do aparelho digestivo e complicações da gravidez, do parto e do puerpério"¹⁷.

Entre os principais problemas de saúde identificados na população feminina encontram-se:

- o acompanhamento pré-natal, de conhecido efeito positivo sobre a mulher e o concepto, tem na sua cobertura, frequentemente associada a baixa qualidade de atendimento, um grave problema;
- a questão da assistência ao parto constitui um ponto crítico da saúde da mulher. A precária qualidade de assistência, os excessos de medicalização no parto e a crescente elevação das taxas de cesarianas refletem a inadequação da assistência prestada. A elevação das taxas de cesarianas, considerando os riscos inerentes à intervenção cirúrgica, implica em consequências negativas para a saúde da mulher no puerpério, para as possibilidades de sucesso do aleitamento materno e o futuro obstétrico da mãe. a redução progressiva do aleitamento materno, o qual é reconhecidamente um fator para a nutrição e proteção física e psicológica do lactente, é também um

problema, já não apenas limitado às populações urbanas, mas também atingindo as áreas rurais onde as pessoas dispõem de menores recursos para substituir o leite materno.

As práticas obstétricas inadequadas ao atendimento do parto, a falta de alojamento conjunto nas maternidades, a sobrecarga de trabalho e o insuficiente preparo do pessoal de saúde na solução de pequenos problemas, reais ou imaginários da mãe que amamenta, a desinformação da população a respeito dos benefícios do leite materno e dos perigos da mamadeira, são fatores que precisam ser corrigidos para recuperar o aleitamento materno como prática fundamental para a redução da morbimortalidade infantil;

- o câncer de colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia e das dificuldades de acesso aos serviços de maior complexidade por parte das pessoas com diagnóstico positivo;
- outro problema que surge com frequência cada vez maior está relacionado às doenças sexualmente transmitidas. "A experiência clínica em diversas regiões do Brasil revela um aumento progressivo de infecções gonocócicas e da sífilis. Com frequência semelhante, aparece também a condilomatose e a tricomoníase;
- o aborto, outro grande problema, é pouco estudado e as informações existentes são escassas e fragmentadas.
- as doenças sistêmicas na população feminina expressam-se nos indicadores de mortalidade apresentados anteriormente, correspondendo às seis primeiras causas de óbito. Nos casos de patologia sistêmica crônica, que aumenta o risco para a re-

produção, os serviços não oferecem as mulheres informações sobre os métodos e meios para a regulação da fertilidade, que lhes permitiriam espaçar as gestações ou evitá-las nos casos indicados;

- entendendo a regulação da fertilidade como um direito fundamental da pessoa, constitui grave problema a falta de acesso às informações e meios necessários para tal fim, assim como a falta de assistência de saúde, às usuárias de técnicas e métodos contraceptivos, fazendo com que as mulheres, procurem canais alternativos de orientações pouco confiáveis, em termos de promoção de sua saúde, ou de qualidade duvidosa;
- no grupo de mulheres adolescentes, fatores como a alta incidência de doenças sexualmente transmissíveis, a gravidez antes dos 15 anos de idade e a ocorrência de óbitos por causas obstétricas diretas indicam, a necessidade de ações de saúde mais abrangentes, capazes de acompanhar as mudanças de comportamento ocorridas na sociedade brasileira nos últimos anos;
- as mulheres com mais de 48 anos de idade apresentam um número mais elevado de câncer cérvico-uterino e mamário, além dos problemas próprios da menopausa, decorrentes do desaparecimento das funções ovarianas e da conseqüente queda de produção estrogênica. A fase de transição para a menopausa caracteriza-se por grandes mudanças físicas e emocionais na mulher, sendo necessário que o grupo que se encontra nesta fase receba a mesma assistência destinada aos demais;
- finalmente, sabe-se que só uma pequena parcela da população tem acesso a serviço de pesquisa e tratamento da esterilidade conjugal. Ainda que não seja um problema fundamental de saúde

pública, assume dimensões graves no âmbito familiar, cultural e social, precisando portanto, da atenção dos serviços de saúde.

Um dos objetivos deste projeto é dar assistência integral à saúde da mulher no controle ambulatorial, através de assistência clínico-ginecológica e educativa, voltadas para o aprimoramento do controle pré-natal, do parto e do puerpério; câncer cérvico-uterino e mamário e a assistência para a concepção e contracepção.

Deste modo, é necessário que o profissional de saúde diante da mulher, em qualquer fase evolutiva, assista a mulher como um todo; que tenha sensibilidade o suficiente para possibilitar a verbalização dos seus conflitos e contradições dos afetos e das experiências vividas, bem como para evitar que se defina uma concepção de que os especialistas sabem mais do que as outras pessoas, o que acarreta grande dependência por parte da mulher, bloqueando o desenvolvimento de sua auto-confiança na própria concepção e na própria sensibilidade. Tal forma de relação com a mulher implica uma atitude não preconceituosa, não moralizante e tolerante, perante os padrões tão diferentes de perceber as coisas, os sentimentos, as experiências em relação aos nossos próprios padrões.

Em relação a proposta de assistência à criança é consenso geral que a assistência à infância deva ser considerada uma área de atendimento prioritário. O problema é essencialmente complexo e quando falamos em criança, devemos ter em mente que ela está inserida em um contexto que começa na unidade familiar

a qual está inserida na comunidade.

Segundo o MINISTÉRIO DA SAÚDE¹⁸ o "período que vai desde a concepção até os 5 anos de idade é da maior importância para o crescimento e desenvolvimento (C.D.) do ser humano, devido a alta velocidade, ritmo, intensidade e vulnerabilidade desse processo".

Entende-se como acompanhamento do crescimento e desenvolvimento "ações de saúde que visam, através de observações periódicas, avaliar e assistir o processo de crescimento e desenvolvimento"¹⁹.

Esse acompanhamento dar-se-á através de:

- obtenção periódica e padronizada de informações que caracterizam esse processo;
- registro e interpretação das informações obtidas diante de um apropriado padrão de referência;
- buscas de fatores explicativos de eventuais deficiências encontradas; e
- assistência contínua na promoção do crescimento e desenvolvimento, seja assegurando a manutenção de condições favoráveis, seja possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-lo.

Espera-se que a implantação ou aprimoramento dessa atividade seja um elemento desencadeador de uma melhor organização da assistência à criança, tendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como atividades que integra os demais componentes do elenco de ações básicas na assistência integral à saúde da criança.

A família é a "unidade básica da organização social, e é nesse ambiente que se forma o indivíduo. Portanto, é de suma importância que para atingirmos a saúde dos indivíduos, eles não sejam considerados isoladamente mas, dentro do contexto em que vivem. As influências do meio social, as relações afetivas entre as pessoas, o ambiente físico em que os indivíduos vivem são importantíssimos para o binômio saúde-doença. O ambiente familiar que reúne o ambiente físico, afetivo e social, pode ser considerado como a reunião das mais poderosas forças que influenciam a saúde"²⁰.

Achamos que cabe à equipe que atende as crianças, informar aos familiares sobre as ações preventivas em relação as doenças comuns e assim formar nos familiares e na criança atitudes de manutenção e prevenção da saúde como também na educação para a saúde.

As possibilidades de trabalho da unidade de saúde e a realidade da população-clientela é que irão dimensionar a extensão da ação educativa a ser desenvolvida.

Pretendemos com nosso trabalho prestar assistência de enfermagem, tanto no aspecto de saúde quanto no social, para a criança e suas respectivas famílias afim de contribuir na melhoria do padrão de saúde da população atendida.

Objetivamos também a implantação do projeto piloto "Proposta de um Programa Integrado e Hierarquizado de Atenção ao Diabético e Hipertenso para o Município de Florianópolis", por considerarmos que o homem é ser complexo em toda extensão de sua existência. Não se faz presente somente o seu lado orgâni-

co, antes de tudo predominará seu psico-social e cultural onde a partir destes, influenciarão em toda forma de sobrevivência, enfatizando assim a necessidade de educação de saúde que se faz necessário haver por parte do ser humano, conscientizar-se diante de uma situação para poder enfrentá-la.

As doenças crônico-degenerativas tem se tornado nas últimas décadas, um sério problema de saúde pública em nosso meio, pelo seu papel na morbimortalidade. As complicações crônicas destas doenças são causas frequentes de invalidez e aposentadoria precoce, assim como as descompensações agudas são causas comuns de hospitalizações e absenteísmo ao trabalho.

Vemos as doenças cardiovasculares constituírem atualmente importante causa de morte em nosso país. A hipertensão e o diabetes são entidades nosológicas que contribuem grandemente para a elevação dos fatores de risco das doenças cardiovasculares.

No Brasil a população de hipertensos é considerada em torno de 10 a 20% da população geral. Também temos conhecimento através dos²¹ resultados do estudo multicêntrico sobre a prevalência do Diabetes Mellitus no Brasil, "que o percentual de diabéticos é em torno de 5% da população geral"²².

TRENTINI et alii, fazendo levantamento do número de doentes crônicos atendidos em 50% das instituições de saúde da grande Florianópolis, encontrou o expressivo número de 967 diabéticos e 2.295 hipertensos"²³.

Por outro lado, a situação atual de assistência ao diabético e ao hipertenso no Brasil, caracteriza-se pela baixa qua-

lidade e eficácia dos serviços prestados no atendimento primário, gerando um aumento de demanda nos serviços especializados e de urgência, elevando os gastos sociais.

Acreditamos que somente através de ações relacionadas à proteção, promoção e educação em saúde e pela intervenção em fatores de risco que ocasionam estas doenças, poderemos contribuir para modificar o modo de vida que favoreçam e complicam estas enfermidades.

Em nosso serviço de atendimento aos pacientes da Unidade Sanitária prestaremos atendimento também através de consultas de enfermagem e visitas domiciliares.

Consulta de enfermagem é uma "atividade diretamente prestada pelo enfermeiro(a) ao cliente através da qual são identificados problemas de saúde-doença e prescritas e implementadas medidas de enfermagem que contribuam à promoção, proteção, recuperação ou reabilitação do cliente. Sua aplicação é dirigida prioritariamente ao grupo materno-infantil, sendo extensível a outros grupos, com problemas de saúde-doença"²⁴.

Na consulta de enfermagem utilizaremos o processo de enfermagem segundo HORTA, adaptado e simplificado, afim de atender os objetivos a que a atividade de consulta se propõe.

Segundo REGUSE²⁵ "visita domiciliar não se limita ao controle, obtenção de informações ou averiguação de fatos apenas. Mas é um recurso para a promoção e conscientização da família possibilitando um auto conhecimento da mesma para futuras mudanças. A visita domiciliar auxilia o profissional a compreend-

der melhor as circunstâncias do ambiente familiar, melhor do
que através de uma entrevista realizada na instituição.

IV - OBJETIVOS

4.1 - Objetivo Geral.

- Prestar atendimento de saúde à população à nível de atenção primária, fazendo com que haja uma participação constante entre comunidade e Posto.

- Desenvolver um trabalho de equipe multiprofissional visando um melhor atendimento à população e proporcionando um maior crescimento profissional.

4.2 - Objetivos Específicos.

1) Atendimento de enfermagem à mulher.

Estratégias.

- Reunir as gestantes que estão em controle de pré-natal no Posto de Saúde;
- Convidar as gestantes da comunidade através de cartazes colados em pontos estratégicos, através da assembléia na Paróquia e comunicação aos alunos do Colégio Anibal Nunes Pires;
- Organizar um curso de orientação à gestantes através de divulgação na Igreja e no Posto;
- Agendar as puérperas para atendimento mãe e filho;

- Solicitar a presença dos maridos e companheiros;
- Realizar palestras na comunidade sobre métodos anticoncepcionais e outros assuntos de interesse;
- Orientar as mulheres através de consulta de enfermagem sobre presença de câncer cêrvico uterino e de mama (Anexo 1);
- Realizar revisão bibliográfica sobre o assunto;
- Realizar visita domiciliar (Anexo 2).

Aprazamento.

- 26/03 à 05/06/90.

Avaliação.

Este objetivo será alcançado se:

- O grupo de gestante for formado e se ocorrerem no mínimo 4 reuniões;
- Se pelo menos cada aluna der quatro consultas à mulher, mediante roteiro em anexo;
- Se cada estagiária orientar no mínimo cinco mulheres quanto à prevenção de câncer de colo e mama e métodos anticoncepcionais;
- Se forem realizadas oito visitas domiciliares mediante roteiro em anexo;
- Se for realizado pelo menos um encontro com mulheres do bairro e discutido com eles soluções para os atuais problemas que a mulher encontra na sociedade ou outros que forem levantados na ocasião.

2) Prestar atendimento à crianças.

Estratégias.

- Fazer exame físico e avaliação do crescimento e desenvolvimento, prestando orientação quando necessário (Anexo 3);
- Realizar controle vacinal;
- Orientar a mãe ou família em relação às doenças preveníveis por vacinação e sobre sua importância;
- Realizar visita domiciliar priorizando intercorrências clínicas e problemas no crescimento e desenvolvimento (Anexo 4);
- Realizar palestra na Escola sobre Educação em Saúde para professores e alunos.

Aprazamento.

- 26/03 à 05/06/90.

Avaliação.

O objetivo será alcançado se:

- Se forem realizados no mínimo doze consultas de enfermagem à crianças;
- Se dez mães ou famílias forem orientadas em relação às doenças preveníveis por vacinação;
- Se no mínimo quatro visitas domiciliares forem realizadas às famílias com crianças que apresentem problemas de desenvolvimento e crescimento, faltosos do programa de vacinação ou com intercorrências clínicas;
- Se no mínimo 1 palestra for realizada na Escola.

3) Implantação do projeto de atenção integrada ao hipertenso e ao diabético.

Estratégia.

- Promover uma reunião com a equipe multiprofissional que atua no Posto e expor o projeto para avaliar a sua viabilidade;
- Realizar visitas domiciliares aos hipertensos e diabéticos (Anexo 5);
- Verificar pressão arterial de toda a demanda da unidade acima de 18 anos;
- Realizar glicosúrias em toda a demanda da unidade acima de 30 anos (Anexo 6);
- Realizar consulta de enfermagem e/ou encaminhar à consulta médica nos casos diagnosticados de hipertensão arterial e diabete;
- Realizar acompanhamento de enfermagem juntamente com acompanhamento médico e nutricional;
- Encaminhar para ambulatório especializado pacientes hipertensos e diabéticos que não possam ser controlados no Posto;
- Cadastrar hipertensos e diabéticos;
- Promover atividades educativas na comunidade relacionadas à hipertensão arterial e diabete;
- Prever juntamente com responsável do Posto, material e medicamentos para detecção e tratamento dos hipertensos e diabéticos controlados nas unidades;
- Realizar acompanhamento de enfermagem à população de risco.

Aprazamento.

- 26/03 à 05/06/90.

Avaliação.

Este objetivo será alcançado se:

- Ocorrer uma reunião com a equipe do Posto e for discutida a implantação do projeto;
- Se forem realizadas pelo menos seis visitas a diabéticos e seis a hipertensos, mediante utilização de roteiro de visita em anexo;
- Se for verificada a PA em toda a demanda citada;
- Se for realizado glicosúria em toda a demanda acima de 30 anos;
- Se forem realizadas pelo menos 12 consultas de enfermagem e/ou encaminhar para consulta médica os casos diagnosticados de hipertensão arterial e diabete;
- Se 90% dos pacientes diabéticos tiver um acompanhamento médico e/ou de enfermagem;
- Se os casos mais graves forem encaminhados para serviços mais especializados;
- Se todos os hipertensos e diabéticos foram cadastrados;
- Se forem realizadas no mínimo uma palestra na comunidade relacionadas a diabete e hipertensão;
- Se o material para o projeto for o suficiente para atender a demanda;
- Se for realizado no mínimo 12 acompanhamentos de enfermagem a pacientes com hipertensão e diabete.

ILERDONORAMA

- ESCOLA DE DISTRIBUICAO DOS SERVIÇOS DA MILITARIA
- PERÍODO: 01/03 A 31/05/92
- TURNO: MATUTINO - 08:00 AS 11:00 HORAS
 NOCTURNO - 13:00 AS 17:00 HORAS
- SUPERVISOR: VERA LUCIA MONTARI
- IDENTIFICACAO: JUNE FIGUINI
- CAMPO DE ESTAGIO: PORTO DE SAO JOSE DA F.M.F. EM CARPUEIRAS

DATA	01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	
PRESENÇA																																
AUSENTE																																
COMISSAO																																
PROFESSOR																																
ALUNO																																
PROFESSOR																																
ALUNO																																
PROFESSOR																																
ALUNO																																
PROFESSOR																																
ALUNO																																

LEGENDE

◊ PRESENTES NO PLANEJAMENTO * MATUTINO DE TURNO
 ◊ PRESENTES NO PLANEJAMENTO ◊ NOCTURNO DE TURNO
 ◊ PRESENTES NO PLANEJAMENTO ◊ FÉRIAS
 ◊ PRESENTES NO PLANEJAMENTO ◊ LICENÇA

VI - CONSIDERAÇÕES FINAIS

Acreditamos que a elaboração deste planejamento foi de vital importância para podermos conseqüentemente realizar o estágio de uma forma sistematizada.

Segundo COSTA⁷ "o ambulatório dinâmico é uma necessidade para o aprendizado do estudante de enfermagem, ao lado de sua contribuição para o atendimento de boa parte da população necessitada de assistência médica".

O planejamento, devido o seu caráter flexível permite-nos adequá-lo à realidade existente no campo de estágio, visando o alcance dos objetivos traçados.

Esperamos que no decorrer do estágio estejamos aptas a desempenhar as funções por nós planejadas e, conseqüentemente contribuir para uma assistência mais adequada à comunidade.

Na elaboração deste projeto, utilizamos os conhecimentos adquiridos nas fases anteriores do Curso de Graduação em Enfermagem e com estudos feitos através de pesquisas bibliográficas e também informações adquiridas no próprio Posto de Saúde e dados da comunidade levantados pelo serviço social.

A nossa disposição estão inúmeras bibliografias, porém não houve tempo suficiente para maior aprofundamento dos conhecimentos, o que pretendemos realizar no decorrer do estágio.

Esperamos de modo satisfatório, contribuir para uma melhor assistência à saúde pública nesta comunidade.

VII - BIBLIOGRAFIA

7.1 - Bibliografia Citada.

1. NESCO. Espaço para a saúde. 2a. edição, ano 1, nº 0, Curitiba, 1988.
2. DANIEL, L. P. Enfermagem planejada. São Paulo, EPU, 1978.
3. FREIRE, P. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro,
4. _____. Educação como prática da liberdade. Rio de Janeiro,
5. HORTA, W. de A. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU, EDUSP, 1979, p. 29.
6. _____. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU, EDUSP, 1979, p. 39.
7. _____. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU, EDUSP, 1979, p. 39.
8. _____. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU, EDUSP, 1979, p. 39.
9. OREM, D. Nursing concepts of practice. 2 ed., Rev. New York. McGraw Hill, 1980.
10. _____. Nursing concepts of practice. 2 ed., Rev. New York. McGraw Hill, 1980.
11. CHAVES, Mário M. Saúde: uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
12. _____. Saúde: uma estratégia de mudança. Rio de Janeiro, Guanabara Dois, 1982.
13. SANTANA, J.P. Saúde em debate. nº 24, Londrina, UEL, março/89, p. 11.

14. SOARES, D. A. et alii. Saúde em debate. nº 24, Londrina, UEL, março/89, p. 12.
15. CASTRO, Yeda Barreira et alii. Manual de enfermagem na unidade sanitária. Rio de Janeiro, MTS/SMO/PIPMO/SENAC, 1978, p. 4.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Ação participativa: metodologia, educação e saúde. Brasília, Centro de Documentação do M.S., 1987, p. 17-8.
17. _____. Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984.
18. _____.
19. _____.
20. NOGUEIRA, M, Jacyra de C. Assistência de enfermagem à família. Rev. Novas Dimensões, 3(6):328, 1977.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. A hipertensão arterial como problema de saúde comunitária. Manual de Normas Operacionais para um Programa de Controle nos Vários Níveis de Atenção. Brasília, 1986, 68 p.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Divisão Nacional de Doenças Crônico-Degenerativas. Normas técnicas para o programa nacional de educação e controle da hipertensão arterial (PNECHA). Brasília, Centro de Documentação do M.S., 1978, 88 p.
23. TRENTINI, Mercedes et alii. Ocorrência das doenças crônico-degenerativas no município de Florianópolis. Florianópolis, 1988. Mimeo.
24. COMITÊ DE CONSULTA DE ENFERMAGEM. Rev. Bras. Enf., DF, 32: 407-8, 1979.
25. REGUSE, Adriane S. Visita domiciliar: um instrumento do serviço social. Florianópolis, 1984, p. 19. Trabalho de Conclusão de Curso.

7.2 - Bibliografia Consultada.

1. DANIEL, L. F. Enfermagem planejada. São Paulo, EPU, 1978.
2. HORTA, W. de A. Processo de enfermagem. São Paulo, EPU, EDUSP, 1973, p, 29.

3. OREM, D. Nursing concepts of practice. 2 ed., Rev. New York, McGraw Hill, 1980.
4. BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência integral à saúde da mulher: bases para ação programática. Brasília, Centro de Documentação da Ministério da Saúde, 1984.
5. _____. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento - ações na assistência integral à saúde da criança.
6. FREIRE, Paulo. Conscientização. 3 ed., São Paulo, Moraes, 1980.

APÉNDICES

ANEXOS

Florianópolis, 01 de março de 1990

Ilmo (a) Sr. (a)

No dia 15 de fevereiro do corrente ano realizou-se no auditório Padre José Manoel da paróquia de Capoeiras uma reunião convocada pelo Padre Jaci e a equipe de Serviço Social da Universidade Federal de Santa Catarina, onde compareceram diversas lideranças deste bairro.

No referido encontro a equipe de Serviço Social apresentou um estudo realizado no último semestre de 1989. Este estudo foi realizado através de contatos com lideranças, instituições e a pesquisa realizada pela paróquia do qual destacamos os principais pontos: a) aspectos gerais: o Bairro de Capoeiras possui aproximadamente *11.237 habitantes, sendo que 64,8% procedem da zona urbana e 35,2% da zona rural. Neste destacam-se 2 áreas consideradas bolsões de pobreza, são elas: o Morro do Flamengo e a Via Expressa, formadas principalmente por famílias vindas do interior do Estado. b) aspectos econômicos: o Bairro de Capoeiras possui farmácias, bancos, bares, supermercados, oficinas, padarias, restaurantes, dentistas, postos de gasolina, escritório de advocacia e outros. Em 38,9% das famílias, somente uma pessoa contribui para a renda familiar, duas pessoas 37,9% e mais de 5 pessoas apenas 4,2%. c) atividade produtiva: a maioria da população economicamente ativa de Capoeiras 46,3% é constituída por empregados, ~~6,3% são proprietários~~, e 6,3% são proprietários.

A taxa de desemprego atinge 7,4% da população, 15% são estudantes e 14,2% do lar. d) serviço de infraestrutura: quanto ao saneamento básico 66,3% dos domicílios do bairro possuem fossa séptica, enquanto 27,4% são assistidos pela rede pública e 5,3% possuem latrina, fossa rudimentar ou nenhuma

* Projeção do IBGE para 1989.

Forma de saneamento. e) habitação: no que diz respeito a habitação percebeu-se que 69,5% dos domicílios são casas próprias, 8,5% são coletivos ou coabitados e 4,2% são barracos.

As ocupações dos terrenos em capoeiras somam um total de 11,6%

A maioria da população 42% moram a menos de 10 anos no bairro e somente 3,2% moram a mais de trinta anos. f) aspectos educacionais: o Bairro de Capoeiras é servido de 6 estabelecimentos de ensino, creches e instituições de atendimento à famílias, adolescente e idoso.

Um dado significativo neste aspecto é o alto índice de evasão escolar 67,4%. Isto se deve a diversos fatores: dificuldades financeiras - 31,6%, falta de estímulo - 50,7%, e desvalorização do ensino - 14,9%. g) lazer: Os costumes e divertimentos mais comuns das famílias do local envolvem: pescar, andar de bicicleta, jogar futebol, assistir TV, tomar chimarrão e ir a praia. Para lazer o Bairro conta ainda com dois clubes. h) aspectos organizacionais: a participação dos moradores se distribui nas seguintes organizações: - conselho comunitário 5,6%, - clube de mães 5,6%, sindicatos 6,0% e partidos políticos 5,6%. Outras organizações que se destacam são o movimento dos sem teto, o CAPROM (Centro de Apoio e Promoção do Migrante) e Ação Social da Igreja Católica.

Após a apresentação do estudo, a equipe de Serviço Social encaminhou a discussão, com o objetivo de decidir qual a área de atuação a ser trabalhada pela equipe e a população.

Os participantes da reunião levantaram diversas questões que consideraram urgentes de serem trabalhadas no Bairro, tais como:

- inexistência de uma área de lazer no Bairro;
- escolas em condições precárias;
- ausência de uma rede pública de esgotos;
- agentes poluentes sendo despejados nos córregos;
- ausência de estreçamento e união entre as instituições existentes para enfrentamento dos problemas comuns da população do Bairro.

Encaminhamentos para solução dos problemas apresentados:

- repasse da reunião através desta carta convite;
- utilização dos meios de comunicação, principalmente TV, denunciando situações apresentadas;
- compromisso de se fazer reuniões periódicas com objetivo de unir forças para buscar soluções dos problemas comuns.

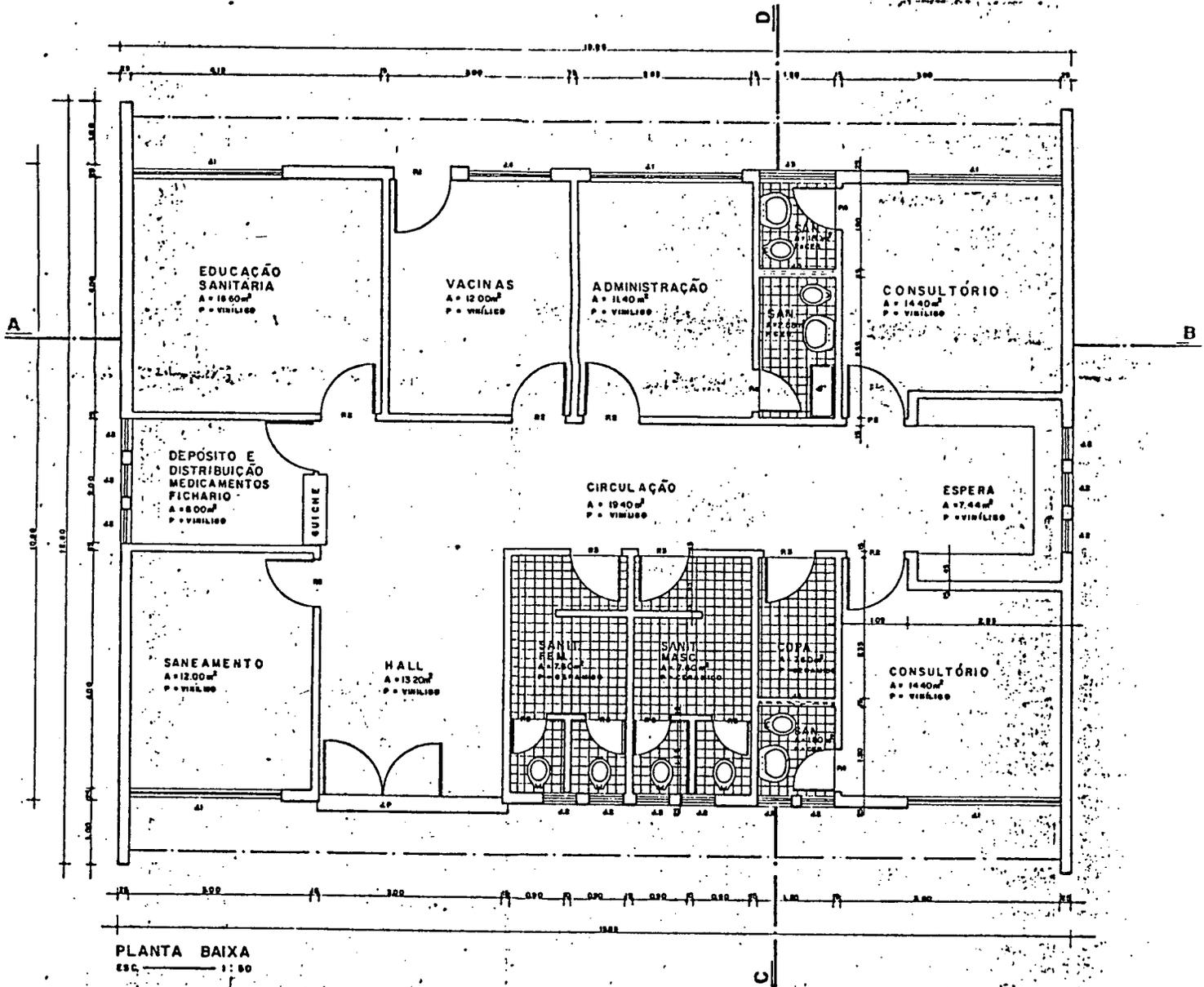
O primeiro passo neste sentido será nossa próxima reunião onde a presença do máximo de representantes possível é muito importante para que se possa unir forças em torno da solução desses problemas.

Esta reunião acontecerá no dia 12/03/90,

Local: ESEOLA BÁSICA EDITH GAMA RAMOS

Horário: 20 HORAS

Contamos com você, sua presença será de grande importância.



ESPECIFICAÇÕES

JANELAS

J1	2,00 x 1,70	1
J2	0,90 x 0,90	12
J3	0,90 x 1,20	1
J4	1,00 x 1,70	1
J5	2,00 x 2,00	1
J6	0,90 x 1,20	1

PORTAS

P1	0,90 x 2,00	1
P2	0,90 x 2,10	2
P3	0,90 x 2,10	2
P4	0,70 x 2,10	2
P5	0,90 x 2,00	2

ÁREA CONSTRUÇÃO — 171,18 m²

CONSULTA DE ENFERMAGEM À MULHER

I- IDENTIFICAÇÃO:

NOME: _____ IDADE: _____
 ENDEREÇO: _____
 PROCEDÊNCIA: _____ ESTADO CIVIL: _____
 ESCOLARIDADE: _____ UNID. SANIT.: _____
 INSTITUIÇÃO: _____ PROFISSÃO: _____
 RELIGIÃO: _____ DATA: __/__/__

II- QUEIXA PRINCIPAL: _____

III- ANTECEDENTES FAMILIARES:

HIPERTENÇÃO TUBERCULOSE MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS GEMELAR OUTROS

IV- ANTECEDENTES PESSOAIS:

DIABETE HIPERTENÇÃO CIRURGIA PÉLVICA INFERTILIDADE TUBERCULOSE
 OUTROS

V- ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS:

MENARCA: _____ MENSTRUAÇÕES ATUAIS: _____
 INÍCIO DA ATIVIDADE SEXUAL: _____ OUTRAS ALTERAÇÕES: _____
 _____ DISPAREUNIA: _____ Nº DE PARTOS: _____
 MÉTODOS CONTRACEPTIVOS: _____ QUAIS: _____
 FLUXO VAGINAL: _____ PRURIDO: _____
 ELIMINAÇÕES: _____ PATOLOGIA MAMÁRIA: _____
 PREVENTIVO DE CA: _____ DST: _____

VI- ATENDIMENTO DAS N.H.B.:

SONO E REPOUSO: _____ ATIVIDADES FÍSICAS: _____
 ALIMENTAÇÃO HIDRATAÇÃO: _____ CUIDADO CORPORAL: _____
 HABITAÇÃO: _____ SEXUALIDADE: _____
 EDUCAÇÃO À SAÚDE: FUMO ÁLCOOL DROGAS ALERGIAS IMUNIZAÇÕES
 EXAME DENTÁRIO EXAME MÉDICO PERIÓDICO

EXAME CLÍNICO

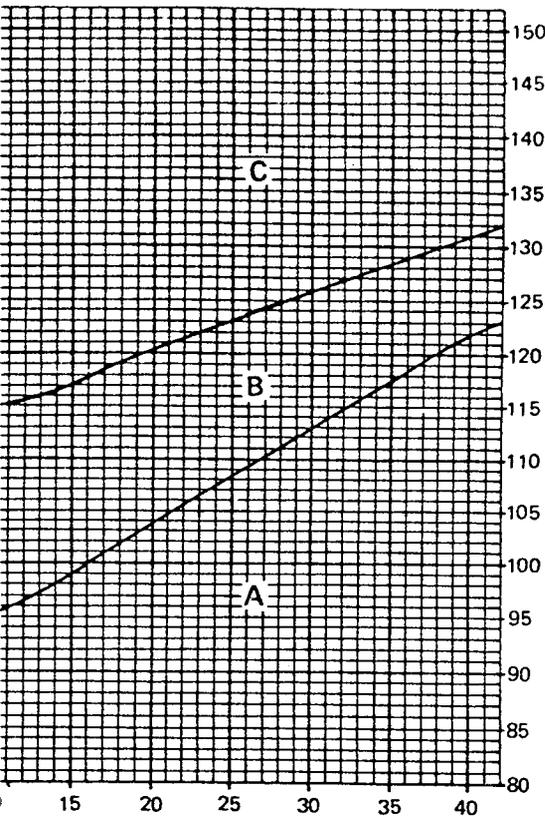
BIOTIPO: BREVELINEO NORMOLINEO LONGILINEO
 NUTRIÇÃO: OBESA NORMAL DESNUTRIDA
 MUCOSA: NORMAIS CORADAS DESCORADAS
 PESO: _____ ALTURA: _____ P.A.: _____ PULSO: _____
 TEMPERATURA: _____
 FOCOS DE INFECÇÃO: DENTES: _____ AMIGDALAS: _____
 PELE: _____ PELOS: _____ UNHAS: _____
 GÂNGLIOS: _____ POSTURA: _____ VARIZES: _____
 DEFEITOS FÍSICOS: _____ MAMAS: _____
 APARELHO CIRCULATÓRIO (CIANOSE, CONDIÇÕES DAS ESTREMITADES): _____

APARELHO RESPIRATÓRIO: _____

OUTRAS OBSERVAÇÕES: _____

CURVA DE PESO/IDADE GESTACIONAL

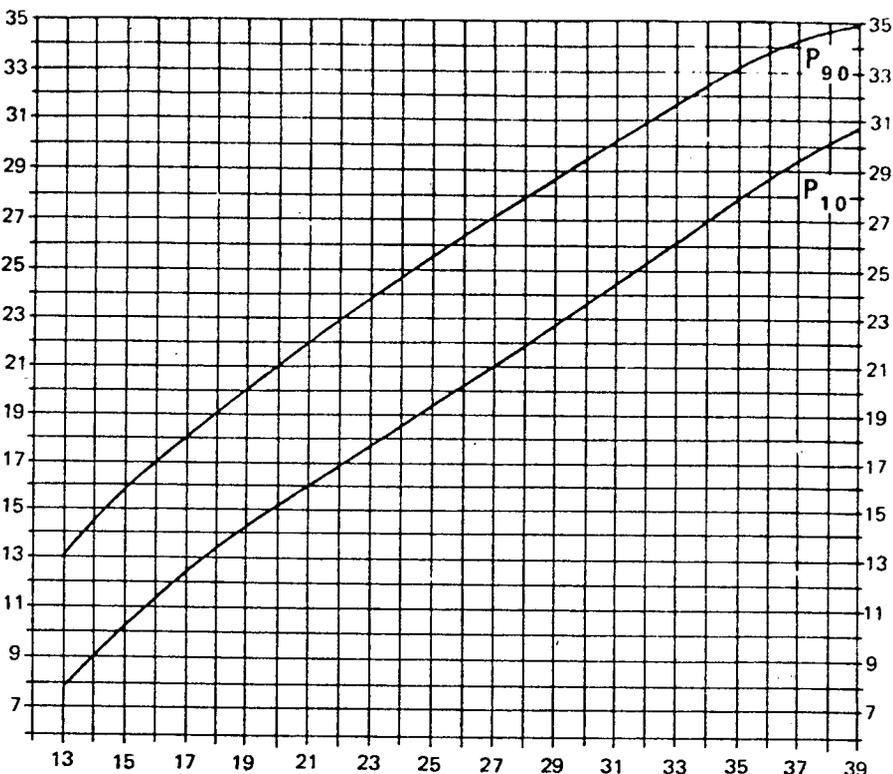
Percentagem do peso materno em relação ao peso ideal/altura)



peso baixo B - peso normal C - sobrepeso

CURVA ALTURA UTERINA/IDADE GESTACIONAL

cm (Altura uterina)



Semanas de Gestação

Diagnósticos e observações:

TIPO

Data: ____/____/____

Local: _____ Data de Alta ____/____/____

Espontâneo

Cesárea

Intercorrências: _____

Epísiotomia

Outro

Fórceps

Indicação _____

ESTADO DO

Vivo

Morto

Sexo: _____

Peso ao nascer _____ g

comprimento _____ cm

Logia

Sim

Não

Apgar 1' _____

5' _____

Pré-termo _____ sem

Termo _____ sem

Pós termo _____ sem

Informações

Sim

Não

Amamentação: _____

Data e peso na alta: _____

especificar

Condições de alta _____

PUERPÉRIO NA MATERNIDADE:

Hemorragia

Infecção

Mamas _____

Data de Alta ____/____/____

Observações:

RESULTADO DE PUERPÉRIO:

Data ____/____/____

Queixas _____

Mucosas _____

Mamas _____

Abdome _____

Perineo _____

Exame Vaginal _____

Colo Uterino _____

Exame Fresco/Cit. Oncótica _____

Exames - Tratamentos - Ex. Laboratoriais - Anticoncepção _____

Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

FICHA PERINATAL

Nº Matrícula _____

NOME _____ IDADE _____
 ENDEREÇO _____ ESTADO CIVIL _____
 ESCOLARIDADE _____ UNIDADE DE SAÚDE _____ INSTITUIÇÃO _____
 DATA ____/____/____

ANTECEDENTES FAMILIARES	ANTECEDENTES PESSOAIS	ANTECEDENTES GINECO-OBSTÉTRICOS
Hipertensão <input type="checkbox"/>	Diabetes <input type="checkbox"/>	Gesta _____ Para _____ Abortos _____
Tuberculose <input type="checkbox"/>	Hipertensão <input type="checkbox"/>	Partos: Vaginais _____ Cesáreas _____ Domiciliares _____
Malformações Congênitas <input type="checkbox"/>	Cirurgia Pélvica <input type="checkbox"/>	Natimortos: _____ Nº de filhos vivos _____
Gemelar <input type="checkbox"/>	Infertilidade <input type="checkbox"/>	Óbitos na 1ª semana _____ Óbitos após a 1ª semana _____
Diabete <input type="checkbox"/>	Tuberculose <input type="checkbox"/>	RN Peso (+ 4000g) _____ RN Peso (-2500g) _____
Outros <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>	Amamentação Materna: Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Duração _____
		Intercorrências em gestações anteriores: _____

DADOS PROVÁVEIS	VACINAÇÃO ANTITETÂNICA	FUMO:
Última menstruação ____/____/____	Doses prévias 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> Nenhuma <input type="checkbox"/>	Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Data do parto: ____/____/____	Últ. dose há + de 5 anos <input type="checkbox"/> Não sabe <input type="checkbox"/>	Até 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Dúvidas? Quais? _____	Vacinações previstas: _____ realizadas: _____	Mais 10 cigarros/dia Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Início da mov. fetal: ____/____/____	____/____/____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ÁLCOOL Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
Obs: _____	____/____/____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	Freqüência _____
	____/____/____ Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>	ÁGUA ENCANADA EM CASA Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>

INTERCORRÊNCIAS NESTA GESTAÇÃO

Hipertensão <input type="checkbox"/>	Infecção urinária <input type="checkbox"/>	Hemorragia <input type="checkbox"/>	Atend. pré-natal de alto risco <input type="checkbox"/>
Toxemia <input type="checkbox"/>	Outras infecções <input type="checkbox"/>	* Trab. parto prematuro <input type="checkbox"/>	Outros <input type="checkbox"/>
Anemia <input type="checkbox"/>	Cardiopatia <input type="checkbox"/>	Rotura de membranas <input type="checkbox"/>	Nenhuma <input type="checkbox"/>
Sífilis <input type="checkbox"/>	Isoimunização <input type="checkbox"/>	Virose <input type="checkbox"/>	
Desnutrição <input type="checkbox"/>	Retardo cresc. fetal <input type="checkbox"/>	Parasitose <input type="checkbox"/>	

Ex. físico: Normal Sim Não Obs. _____ Estatura _____ cm

CONTROLE PRÉ-NATAL

Data	IG	Peso	PA	AU	BCF	Edema	Apresen- tação	INTERCORRÊNCIAS E ORIENTAÇÕES

EXAMES LABORATORIAIS

Exame	Datas/Resultados	Exame	Datas/Resultados
Tipo Sang.			
Hemoglobina			
V D R L			
Urina I			
Cit. oncótica			

ROTEIRO DE VISITA DOMICILIAR

1. IDENTIFICAÇÃO:

2. OBJETIVO:

3. REVISÃO DO CONHECIMENTO (Encontra-se em anexo)

4. PLANO:

5. EXECUÇÃO:

6. AVALIAÇÃO:

ORIENTAÇÕES À MULHER SOBRE HIGIENE PESSOAL

Amiga,

Estas orientações visam esclarecer sobre os cuidados pessoais, que a mulher deve ter para evitar o aparecimento de infecções (corrimento, feridas, coceira, sangramento e dor) na vagina (órgão sexual). Além de infecções, estas orientações que você vai ler evitam complicações que podem levar ao câncer na vagina e útero.

1 - FAZER HIGIENE ÍNTIMA DO CASAL ANTES E DEPOIS DAS RELAÇÕES SEXUAIS

PORQUE as secreções que estão presentes nas regiões íntimas do casal "alimentam" os germes facilitando a sua multiplicação, levando ao aparecimento de infecções. A higiene íntima retira estas secreções e evita as infecções.

2 - PORQUE HIGIENE APÓS EVACUAR, DA FRENTE PARA TRÁS

PORQUE QUANDO se faz a higiene após evacuar de trás para frente (sentido contrário ao certo), os germes que estão nas fezes são corregados para vagina, facilitando o aparecimento de infecção. Isto deve ser feito por todas as mulheres e inclusive nas crianças.

- 3 - USAR, SE POSSÍVEL; SOMENTE CALCINHAS DE MEIO
(ALGODÃO) OU COM FORRO DE MEIA

PORQUE as calcinhas que não são de meia, não tem ventilação, deixando a vagina sempre úmida e quente, facilitando a multiplicação de germes e levando ao aparecimento de infecção. Com o uso das calcinhas de meia, isso não acontece pois elas favorecem a ventilação.

- 4 - USAR, SE POSSÍVEL SOMENTE CALCINHAS QUE POSSAM
SER PASSADAS A FERRO

PORQUE o calor do ferro mata os germes que ficam no forro da calcinha. Quando se está com corrimento, somente a lavagem não mata os germes e mesmo com o tratamento, ao usar novamente a calcinha que só foi lavada, os germes que estão no forro entram de novo na vagina e o corrimento volta.

- 5 - COLOCAR AS CALCINHAS PARA SECAR NO SOL (DAS 7
AS 10 HORAS E DAS 3 HORAS EM DIANTE)

PORQUE o sol neste horário desinfeta as calcinhas, matando os germes. Você também pode aproveitar este sol para desinfetar cobertores, lençóis, fraldas, etc.

- 6 - LAVAR AS CALCINHAS SEPARADAS DE OUTRAS ROUPAS

PORQUE os germes podem passar das calcinhas para ou

tras roupas, como fraldas, cuecas, toalhas e lavar a infecção para outras pessoas.

7 - USAR, SE POSSÍVEL, TOALHA INDIVIDUAL

PORQUE os germes que estão na região íntima passam para toalha e levam infecções para outras pessoas. Caso não seja possível você ter a sua própria toalha, faça uso de um paninho individual para enxugar a região íntima e a toalha para o resto do corpo.

8 - EVITAR O USO DE CALÇAS COMPRIDAS MUITO APERTADAS

PORQUE a calça apertada não permite a ventilação deixando a vagina sempre úmida e quente, facilitando a multiplicação de germes e levando ao aparecimento de infecções.

9 - EVITAR FAZER USO DE DUCHA (LAVAGEM) NA VAGINA

PORQUE a ducha vaginal retira a proteção natural que a vagina tem contra infecção. Também leva os germes que já estão na vagina para o útero. A ducha não evita a gravidez.

10 - SE VOCÊ ESTIVER USANDO CREME OU ÓVULO NA VAGINA PARA TRATAMENTO, TOME ALGUNS CUIDADOS COM O APLICADOR DE CREME COMO:

a) Aplicador deve ser de uso individual

- b) O aplicador deve ser lavado com água corrente. Não ferva, pois é de plástico e derrete com o calor
- c) Se possível colocar o aplicador para secar ao sol
- d) Nunca usar o aplicador sujo.

11 - SE VOCÊ USAR PÍLULA ANTICONCEPCIONAL, PEÇA
ORIENTAÇÕES A SEU MÉDICO

PORQUE a pílula só deve ser usada com orientação médica, pois pode fazer mal a saúde. Você deve ser orientada quanto:

- a) ao intervalo que deve ser feito de acordo com o tempo que você toma
- b) a maneira correta de tomar
- c) aos problemas que ela pode trazer para sua saúde

TODA MULHER QUE TOMA PÍLULA DEVE FAZER O PREVENTIVO DE CÂNCER GINECOLÓGICO DE 6 EM 6 MESES.

12 - EVITE SENTAR EM SANITÁRIOS PÚBLICOS

PORQUE o uso frequente de sanitário por várias pesoas, facilita o crescimento de diferentes tipos de germes , favorecendo o aparecimento de alguns tipos de infecção na região íntima.

13 - ALGUNS TIPOS DE TRATAMENTO DAS INFECÇÕES
EXIGEM TRATAMENTO DO CASAL

PORQUE o homem pode ter o germe e não ter corrimento. Se só a mulher se tratar, quando ele tiver relação sexual, a infecção volta.

14 - SEMPRE QUE A MULHER ESTIVER FAZENDO TRATAMENTO
DE UMA INFECÇÃO NA VAGINA, ELA NÃO PODE TER
RELAÇÕES SEXUAIS DURANTE O TRATAMENTO

PORQUE a relação sexual não deixa o remédio fazer efeito, demorando mais para sarar. Quando a mulher tem uma infecção na vagina, é como se a vagina estivesse machucada e a relação sexual, tira o remédio que deve ficar em cima do machucado.

OBS: CASO SEU COMPANHEIRO NÃO ACEITE PARAR POR ALGUM TEMPO AS
RELAÇÕES SEXUAIS PARA O SEU TRATAMENTO, TRAGA-O NA PRÓXIMA CONSULTA.

15 - A PÍLULA NÃO É A ÚNICA MANEIRA DE EVITAR
A GRAVIDEZ

Existem outras maneiras, que podem ser melhores para você. Peça informações a respeito a seu médico, enfermeiro no posto de saúde, etc ...

16 - Todas estas orientações são importantes para.

suas filhas e amigas. Conte tudo que você leu para elas.

17 - Toda mulher deve fazer o preventivo de câncer de 6 em 6 meses. Para fazer o exame é necessário: estar 2 dias sem relação sexual; estar 2 dias sem fazer uso de remédio na vagina e estar no 5º dia depois do término da menstruação em diante.

SEGUINDO ESTAS ORIENTAÇÕES VOCÊ ESTARÁ CONTRIBUINDO
PARA SUA SAÚDE.

VOCÊ TAMBÉM É RESPONSÁVEL POR ELA.

PROCURE A REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER SEMPRE
QUE TIVER DÚVIDAS

NOSSO SERVIÇO É GRATUÍTO, E EXISTE POR SUA CAUSA.

Introdução

As neoplasias malignas constituem importante problema de saúde pública, principalmente em decorrência do aumento do número médio de anos de vida do brasileiro, de sua maior exposição a fatores de riscos ambientais e de modificação nos hábitos de vida. Dentre as neoplasias malignas, o câncer cérvico-uterino e de mama constituem as principais causas de óbito na população feminina de 15 anos e mais.

A distribuição dos óbitos por essas duas neoplasias apresenta diferenças regionais, relacionadas ao grau de desenvolvimento de cada região do país.

Este manual é dirigido aos profissionais de saúde da rede básica, com o objetivo de subsidiar o desenvolvimento das ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino e de mama, de modo a propiciar a redução da morbi-mortalidade por essas neoplasias.

1 – CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

O câncer cérvico-uterino é uma enfermidade progressiva, iniciada com transformações neoplásicas intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos. Histologicamente, as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações displásicas (leves, moderadas, acentuadas), as quais levam ao carcinoma *in situ* e, finalmente, ao carcinoma invasor.

O principal objetivo das ações de controle do câncer cérvico-uterino é:

- . prevenir o carcinoma invasor, através da detecção, diagnóstico e tratamento das lesões cervicais pré-invasoras.

1.1 – Epidemiologia do câncer cérvico-uterino

O câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com:

- . níveis socioeconômicos baixos;
- . início de atividade sexual em idade precoce;
- . multiplicidade de parceiros (ambos os sexos);
- . história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente as decorrentes de infecções por papilomavírus (HPV 16, 18, 31 e 35) e vírus do herpes tipo 2 (HSV-2).

São considerados, ainda, como fatores de relativa significação na epidemiologia do câncer cérvico-uterino, o hábito de fumar e carências nutricionais, como a hipovitaminose A.

Todas essas variáveis caracterizam o grupo de maior risco para o câncer-cérvico-uterino e devem ser consideradas na determinação da população-alvo. Ao lado dessas variáveis, é importante considerar, ainda, a incidência da doença por grupo etário e as peculiaridades regionais que podem determinar um comportamento epidemiológico diferenciado.

1.2 – Ações de controle do câncer cérvico-uterino

As ações de controle do câncer cérvico-uterino envolvem atividades preventivas e curativas, a seguir discriminadas:

- . consulta clínica ginecológica;
- . citologia de esfregaço cérvico-vaginal;
- . colposcopia;
- . teste de Schiller;
- . histopatologia;
- . tratamento dos processos inflamatórios e displásicos;

- encaminhamento para clínica especializada, dos casos indicados para complementação diagnóstica e ou tratamento;
- controle dos casos negativos;
- seguimento dos casos tratados.

1.2.1 – Citologia do esfregaço cérvico-vaginal

A citologia é o estudo das células descamadas, esfoliadas, no conteúdo cérvico-vaginal e visa identificar as alterações celulares que precedem o processo neoplásico.

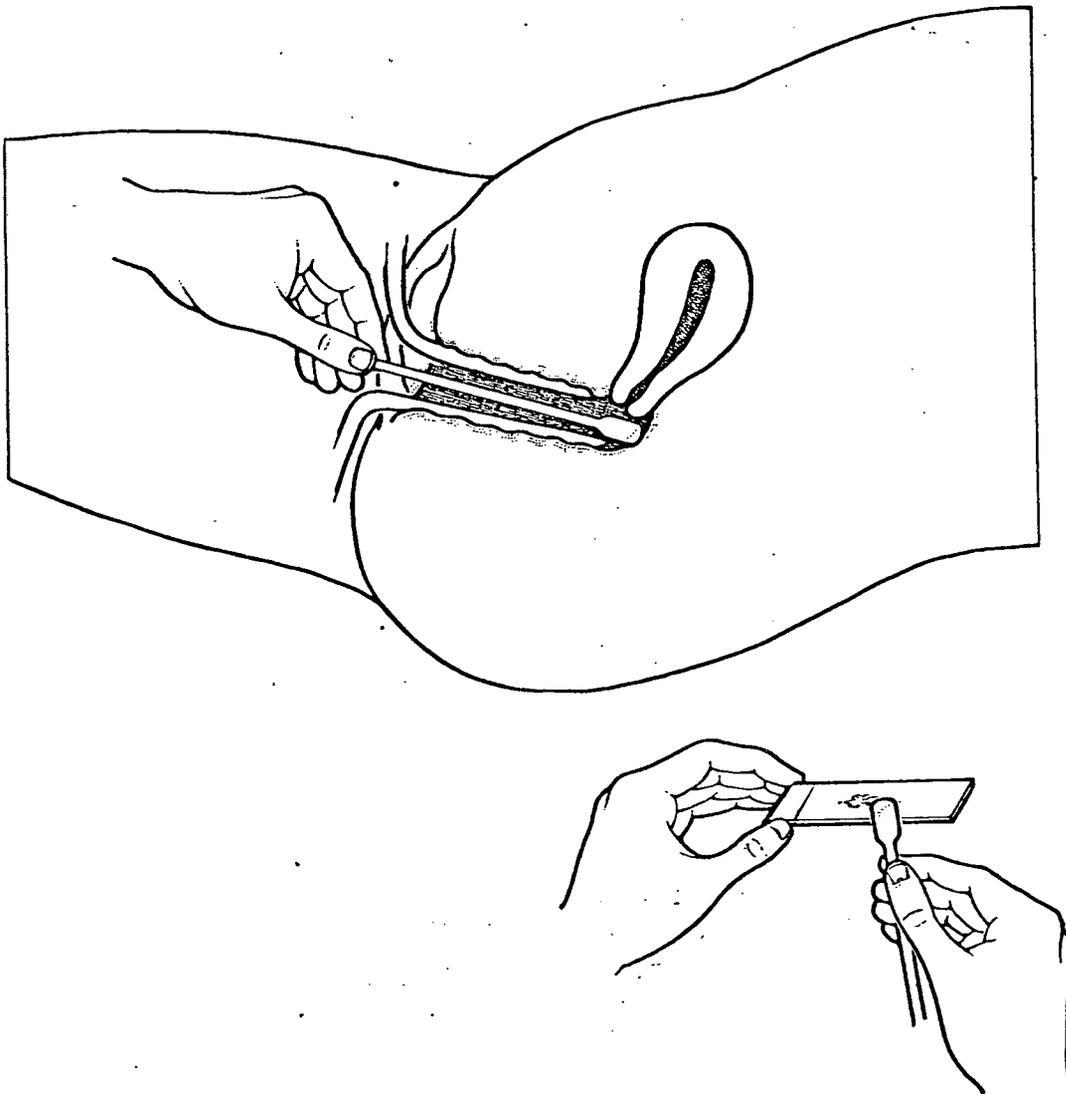
a) Técnica de colheita e preparo dos esfregaços

Recomenda-se a colheita tríplice – fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice – em uma única lâmina, previamente limpa e identificada por meio de lápis-diamante, marcador de azulejo ou lápis-grafite, no caso de a extremidade da lâmina ser fosca.

- Etapas da colheita

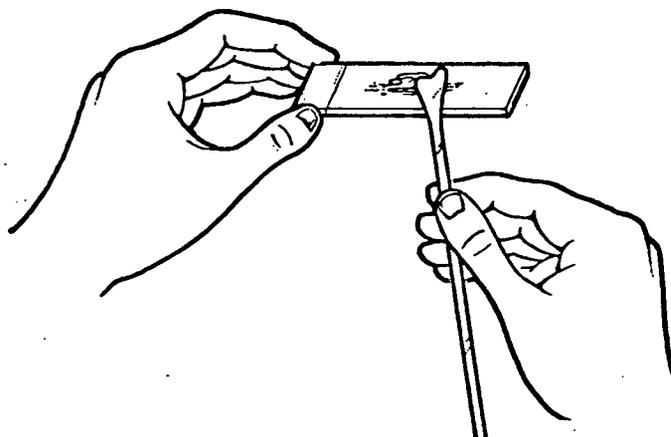
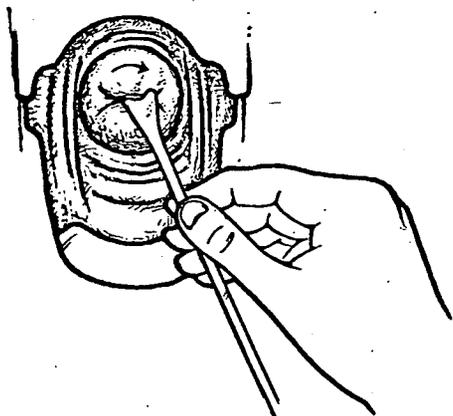
Local: fundo de saco vaginal posterior

Retirar o material do fundo do saco posterior, com a extremidade arredondada da espátula de madeira, tipo Ayre ou similar, colocando-o, em seguida, na parte central da lâmina.



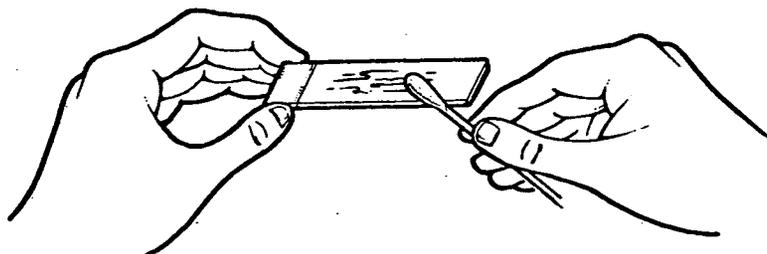
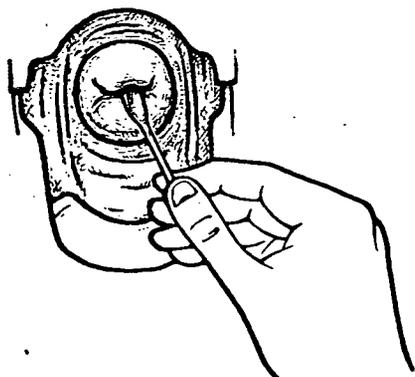
Local: ectocérvice (junção escamo colunar – JEC)

Com a outra extremidade da espátula, que apresenta uma reentrância, fazer um raspado da ectocérvice, periorifical, realizando um movimento rotativo de 360°. Esse movimento deve ser firme, semelhante ao realizado numa biópsia de superfície, para destacar as células da mucosa. Em seguida, colocar o material retirado sobre a amostra do fundo de saco.



Local: endocérvice (canal cervical)

Introduzir, no canal cervical, um cotonete levemente umedecido em soro fisiológico, e colher o material com um leve movimento rotativo. Colocar o material sobre as duas amostras colhidas anteriormente e distender todo o material sobre a lâmina, de uma maneira delicada, a fim de que o esfregaço se apresente uniformemente distribuído e fino.



Outra opção para o preparo dos esfregaços consiste em colocar as amostras colhidas do fundo de saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice na extremidade distal, no centro e na extremidade proximal da lâmina, respectivamente.

Atenção:

- em mulheres grávidas, a colheita deverá ser dupla: fundo de saco vaginal posterior e ectocérvice (independentemente da idade gestacional);
- a colheita tríplice deve ser feita apenas em clínicas especializadas.

b) Fixação do esfregaço

A fixação do esfregaço visa conservar o material colhido, mantendo as características das células. Deve ser procedida imediatamente após a colheita. São três as técnicas de fixação recomendadas:

SOLUÇÃO FIXADORA	ESPECIFICAÇÃO
Álcool a 95%	Lâmina com material submerso no álcool a 95%, em vidros de boca larga.
Poliétileno glicol (Carbowax)	Pingar 3 ou 4 gotas da solução fixadora sobre o material. Deixar secar ao ar livre, até a formação de uma película leitosa e opaca na sua superfície.
Propinil glicol (Citospray)	Borrifar a lâmina com o "spray" fixador, a uma distância de 20 cm.

Após a fixação, as lâminas deverão ser adequadamente acondicionadas e enviadas ao laboratório de citologia.

Visando garantir uma boa qualidade dos esfregaços, é necessário informar às clientes que, por ocasião da colheita do material:

- . não devem estar menstruadas;
- . não devem usar duchas ou medicamentos vaginais, nas 48 ou 72 horas precedentes ao dia da colheita;
- . não devem ter contato sexual, nas 24 horas anteriores à colheita.

A não observação dessas recomendações pode falsear os resultados da citologia.

No momento da consulta, as clientes devem receber todas as informações pertinentes ao tipo do exame que está sendo realizado e a importância de seu retorno à unidade de saúde para receber o resultado do exame, e tratamento, quando necessário.

c) Resultado da citologia

Os resultados citopatológicos são emitidos em relatórios, segundo uma nomenclatura que permite estabelecer parâmetros de comparabilidade em nível nacional.

Recomenda-se a utilização da seguinte nomenclatura*:

CLASSIFICAÇÃO DESCRITIVA	NIC
Negativo para células malignas	
Atipias inflamatórias	
Displasia leve	NIC I
Displasia moderada	NIC II
Displasia acentuada	NIC III
Carcinoma <i>in situ</i>	NIC III
Carcinoma invasor	
Carcinoma de células escamosas	
Adenocarcinoma	
Outro tipo de células (especificar)	
Células neoplásicas de outra origem (especificar)	

A técnica de coloração para citologia (Papanicolaou) permite, também, identificar a microflora vaginal nos esfregaços. A simples presença de um microrganismo não implica processo inflamatório, sendo necessário, para tal, que a estrutura celular apresente reações que caracterizem a inflamação.

Os resultados da análise da microbiologia vaginal devem acompanhar os resultados da citologia cérvico-vaginal, os quais serão descritos segundo a classificação abaixo:

Tipo I	Lactobacilos - com citólise - sem citólise
Tipo II	Mista
Tipo III	Cocóide
Tipo IV	<i>Gardnerella vaginalis</i> (<i>Haemophilus vaginalis</i>)
Tipo V	<i>Leptotrix vaginalis</i>
Tipo VI	<i>Trichomonas vaginalis</i>
Tipo VII	<i>Chlamydia trachomatis</i>
Tipo VIII	Fungos
Tipo IX	Vírus
Tipo X	Achados raros
Tipo XI	Inconclusivo.

1.2.2 - Colposcopia

A colposcopia é uma técnica que permite localizar, no colo do útero, as lesões pré-malignas e o carcinoma invasivo inicial, em mulheres com citologia anormal. Não deve ser utilizada isoladamente como método de detecção de um processo neoplásico.

* Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington, 1985. 47 p. (Série PALTEX, 6).

57
A colposcopia tem, portanto, indicações precisas, quais sejam:

diagnóstico diferencial de lesões benignas e malignas;
orientação do local correto para biópsia;
seguimento das pacientes portadoras de lesões atípicas.

As imagens colposcópicas são agrupadas de acordo com os seguintes aspectos:

- a) **aspectos fisiológicos:** são consideradas as variações fisiológicas da mucosa de revestimento do colo do útero – a mucosa ideal da ectocérvice ("original", segundo Hinselmann), a ectopia da mucosa endocervical, a zona de transformação normal e as modificações características da gravidez;
- b) **aspectos colposcópicos relacionados com processos malignos:** compreende os aspectos peculiares do epitélio atípico do colo do útero – leucoplasia, mosaico, vascularização atípica, pontilhado, epitélio branco;
- c) **aspectos patológicos sem relação com malignidade:** são aspectos característicos dos processos inflamatórios – pontilhado vermelho em focos ou generalizado (colpite e cervicite).

NOMENCLATURA INTERNACIONAL DOS ASPECTOS COLPOSCÓPICOS*

Aspectos normais	<ul style="list-style-type: none">- Epitélio escamoso- Epitélio glandular- Transformação típica
Aspectos anormais	<ul style="list-style-type: none">- Transformações atípicas<ul style="list-style-type: none">epitélio brancomosaicopontilhadoleucoplasiavasos atípicos- Suspeita de invasão- Miscelânea<ul style="list-style-type: none">processos inflamatórioserosãoepitélio atróficopólipos, papilomas, condilomas etc.

1.2.3 – Teste de Schiller

O teste de Schiller permite diferenciar as alterações da mucosa cérvico-vaginal, dada a propriedade das células de se impregnarem com uma solução de Lugol, em virtude da presença de glicogênio nestas. Esse teste deve ser realizado na fase final do exame colposcópico. A interpretação do teste de Schiller é feita com base no grau de fixação do iodo pelas células, como descrito a seguir:

* Nomenclatura internacional dos aspectos colposcópicos, convencionada no II Congresso Mundial de Patologia Cervical e Colposcopia. GRAZ - 17/10/1975.

IMAGEM	INTERPRETAÇÃO
lodo positivo	Schiller negativo
lodo claro	Schiller negativo
lodo negativo	Schiller positivo
lodo mudo *	Schiller positivo

* Esta imagem geralmente não apresenta alteração epitelial significativa.

O teste de Schiller não deve ser utilizado isoladamente como método de detecção de um processo neoplásico.

1.2.4 – Histopatologia

O diagnóstico de certeza de uma neoplasia maligna é dado a partir do resultado do exame histopatológico de uma amostra de tecido obtido através de biópsia.

Assim, toda paciente com diagnóstico de displasia moderada, acentuada, carcinoma *in situ* e invasivo deve ser submetida a uma biópsia do colo uterino, a fim de ter a confirmação desse diagnóstico.

O material (peça) para biópsia é obtido através de: biópsia dirigida, biópsia em cone e curetagem endocervical.

Biópsia dirigida

Este procedimento deve ser orientado pela colposcopia ou, na falta desta, pelo teste de Schiller.

O fragmento deve ser retirado de maneira adequada, em quantidade suficiente nas áreas onde há suspeita de malignidade.

Imediatamente após sua retirada, as amostras devem ser submersas na solução fixadora (formol a 10%), em recipiente que permita sua introdução e retirada sem, no entanto, provocar distorção tecidual.

Biópsia em cone (conização)

É um procedimento que consiste no estudo de cortes seriados de material obtido através de cirurgia, e requer hospitalização, tendo sido utilizada, com freqüência, no tratamento da neoplasia intra-epitelial.

Curetagem endocervical

A curetagem endocervical é indicada para diagnosticar as lesões que a colposcopia não consegue visualizar.

Deve ser realizada com uma cureta especialmente idealizada para essa finalidade. Todo material colhido, fragmento de tecido, muco etc., deve ser imediatamente submerso em solução fixadora (formol a 10%).

Resultado da histopatologia

Os resultados histopatológicos devem ser expressos segundo uma nomenclatura que permita a correlação cito-histológica.

Recomenda-se a utilização da seguinte nomenclatura*:

CLASSIFICAÇÃO DESCRITIVA	CLASSIFICAÇÃO DA NEOPLASIA INTRA-EPITELIAL CERVICAL
Displasia leve	NIC grau I
Displasia moderada	NIC grau II
Displasia acentuada	NIC grau III
Carcinoma <i>in situ</i>	NIC grau III
Carcinoma microinvasor	Câncer com microinvasão
Carcinoma invasor	Câncer invasor

1.3 - Controle, seguimento e tratamento

Os diversos procedimentos para o controle, seguimento e tratamento de pacientes, deverão ser realizados de acordo com o grau de complexidade de cada unidade de saúde.

As pacientes com resultados citopatológicos de displasia moderada, acentuada, carcinoma *in situ* e invasivo devem ser submetidas a procedimentos adicionais de diagnóstico e terapêutica, o mais rapidamente possível.

O intervalo entre a 1ª colheita e o diagnóstico final e tratamento não deve exceder de 30 a 60 dias.

Conduta para o controle do câncer cérvico-uterino, de acordo com resultado da citologia cérvico-vaginal:

. Citologia negativa para células neoplásicas

As pacientes devem ser submetidas a um controle anual.**

. Citologia inflamatória

O processo inflamatório deve ser tratado de acordo com a etiologia, segundo o *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*, do Ministério da Saúde.

As pacientes devem ser submetidas a um controle anual.

. Citologia com diagnóstico de displasia leve

As pacientes com displasia devem ter um seguimento semestral. Os processos inflamatórios associados devem ser tratados segundo o *Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis*, do Ministério da Saúde.

. Citologia com diagnóstico de displasia moderada

As pacientes com displasia moderada devem ser submetidas a colposcopia e biópsia. Se houver discordância de diagnóstico, o caso deve ser reavaliado, repetindo-se a citologia:

- a) se seu resultado for negativo – realizar cauterização de toda a zona de transformação;
- b) se seu resultado persistir anorma – a paciente deve ser referida para conização.

O seguimento das pacientes deve ser trimestral.

* Organização Pan-Americana da Saúde. Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino. Washington, 1985, 47 p. (Série PALTEX, 6).

** Sugere-se, para aquelas clientes que fazem o exame preventivo regularmente (todos os anos), com duas ou mais citologias negativas, que a periodicidade do controle seja espaçada, por exemplo, a cada 2 ou 3 anos.

Citologia com diagnóstico de displasia acentuada ou carcinoma *in situ*

As pacientes com diagnóstico de displasia acentuada ou carcinoma *in situ* devem ser submetidas a procedimentos de confirmação de diagnóstico.

O tratamento desses casos dependerá dos resultados histopatológicos (colposcopia, teste de Schiller, biópsia dirigida e ou conização).

O seguimento das pacientes deve ser agendado de acordo com a natureza de cada caso.

Citologia com diagnóstico de carcinoma invasivo

As pacientes com diagnóstico de carcinoma devem ser referidas para os níveis de maior complexidade (hospitais gerais ou especializados), onde receberão tratamento definitivo.

Os exames de citologia cérvico-vaginal que apresentem resultados insatisfatórios ou inconclusivos, devem ser repetidos imediatamente, considerando a causa da falha notificada.

Resumo das condutas de controle, seguimento e tratamento

RESULTADO CITOPATOLÓGICO	CONDUTA
Negativo para células neoplásicas	Controle anual. *
Citologia com atipias inflamatórias	Tratar o processo inflamatório. Controle anual. *
Citologia com displasia leve	Tratar o processo inflamatório associado. Seguimento semestral.
Citologia com displasia moderada	Realizar colposcopia e biópsia. Seguimento trimestral.
Citologia com displasia acentuada ou carcinoma <i>in situ</i>	Realizar procedimentos de confirmação de diagnóstico. Seguimento de acordo com a natureza de cada caso.
Citologia com diagnóstico de carcinoma invasivo	Referir para níveis de maior complexidade.
Insatisfatório ou inconclusivo	Repetir o exame.

* Sugere-se, para aquelas clientes que fazem o exame preventivo regularmente (todos os anos), com duas ou mais citologias negativas, que a periodicidade do controle seja mais espaçada, por exemplo, a cada 2 ou 3 anos.

2 – CÂNCER DE MAMA

O diagnóstico e o tratamento no estágio de pré-invasão do câncer de mama pode ter influência significativa na diminuição da respectiva mortalidade. Após esse estágio, a eficácia do tratamento local é reduzida.

O estágio pré-invasor do câncer de mama é longo, podendo durar meses ou mesmo anos. Daí, a importância da intensificação das ações de detecção, mais frequentemente naquelas mulheres consideradas como de maior risco:

2.1 – Epidemiologia do câncer de mama

O câncer de mama está relacionado a fatores que, atuando isolada ou simultaneamente, definem o grupo de risco para esse tipo de câncer:

- . história familiar de câncer mamário;
- . primeira gestação tardia;
- . nuliparidade;
- . disfunções hormonais;
- . história de patologia mamária benigna (displasias mamárias).

São ainda considerados como fatores de relativa significação na epidemiologia do câncer de mama: obesidade, menarca precoce, menopausa tardia, não lactação, ingesta rica em gordura e exposição às irradiações.

2.2 – Ações de controle do câncer de mama

As ações de controle do câncer de mama têm como principal objetivo a detecção precoce de alterações que podem sugerir ou constituir uma neoplasia.

É importante lembrar que, quanto mais precocemente for diagnosticado o câncer de mama, melhor será o prognóstico e mais longa a sobrevivência da paciente.

Compõem as ações de controle do câncer de mama:

- . exame clínico das mamas;
- . auto-exame;
- . exames complementares.

2.2.1 – Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas deve ser uma rotina no exame ginecológico e tem como objetivo a detecção de neoplasia maligna ou qualquer outra patologia incidente.

O exame das mamas requer momentos propedêuticos obrigatórios, mesmo que à simples inspeção aparentem ser normais.

Momentos propedéuticos

a) Inspeção

A inspeção deve ser feita com a paciente em pé ou sentada, a qual deve ser observada com os braços ao longo do tronco, com os braços levantados, e com as mãos nos quadris.

Atentar para:

- forma, volume, simetria e retrações;
- coloração e alterações da pele;
- auréola, mamilo e papila.

b) Palpação

A palpação deve estender-se desde a linha médio-esternal até a clavícula e, lateralmente, até o início da região dorsal. Deve ser realizada em dois momentos:

- 1) paciente deitada, ombro sobreelevado – palpar a mama em toda sua extensão, deslizando os dedos sobre a pele, a fim de sentir o parênquima mamário.

. Atentar para presença de módulos.

- 2) paciente sentada – palpar profundamente as cadeias linfáticas, com atenção especial para as fossas supraclaviculares e região axilar.

. Atentar para presença de linfonodos.

c) Expressão

Esta é uma etapa subsequente à palpação e permite detectar a presença de secreção.

A presença de secreção papilar pode estar associada a processo inflamatório, lesão benigna ou maligna.

Atentar para presença e característica da secreção – se purulenta e ou sanguinolenta, colher material para exame citopatológico.

ACHADOS CLÍNICOS QUE PODEM SER IDENTIFICADOS DURANTE O EXAME DAS MAMAS E QUE DEVEM SER ESCLARECIDOS

ACHADOS CLÍNICOS	SUGESTIVO DE MALIGNIDADE	SUGESTIVO DE BENIGNIDADE
Nódulo duro, evidente	único	múltiplo
Ductos firmes, dispostos radialmente	não	sim (doença cística)
Ingurgitamento venoso	unilateral	bilateral
Desvio da papila	unilateral	bilateral
Erosão da papila	unilateral	bilateral
Retração da pele	sim	não
Fixação à parede torácica	sim	não
Pele em "casca de laranja"	sim	não
Descarga sanguinolenta	sim	sim (papiloma)
Nódulos axilares e ou supraclaviculares	sim	não
Massa regular, móvel, escorregadia	não	sim (fibradenoma)
Massa tenra, renitente	não	sim (cisto)
Sinais de inflamação	fora do puerpério	durante a lactação

Periodicidade do exame clínico

O exame clínico das mamas deve ser realizado com a seguinte periodicidade:
mulheres com risco – semestralmente;
mulheres sem risco – anualmente;
mulheres que detectaram anormalidade no auto-exame – imediatamente.

2.2.2 – Auto-exame das mamas

É um procedimento que permite à mulher participar do controle de sua saúde, uma vez que a realização rotineira desse procedimento permite identificar, precocemente, alterações nas mamas.

A técnica para a realização do auto-exame deve ser ensinada pelos profissionais de saúde, durante a consulta ginecológica ou em reuniões educativas.

O material para os esfregaços citológicos é obtido através de descarga papilar, espontânea ou provocada, ou através de punção. Quando a citologia é positiva para células malignas, significa que existe um câncer em estado avançado.

2.2.4 – Mamografia

A mamografia é um procedimento diagnóstico que permite identificar alterações ou sinais de malignidade nas mamas, quando ainda não perceptíveis no exame clínico.

O diagnóstico é feito a partir das características das imagens radiológicas. A lesão benigna é homogênea, de bordas lisas e não apresenta mudanças secundárias nas mamas. A lesão maligna apresenta-se como uma massa irregular e causa alterações secundárias nas mamas e na pele (aumento de vascularização, calcificações etc).

A mamografia não substitui o exame clínico, mas serve-lhe de complemento.

2.2.5 – Termografia

A termografia é um procedimento diagnóstico que se caracteriza, principalmente, por permitir visualizar alterações da forma e curso dos vasos e fluxos sanguíneos.

É um método importante para o diagnóstico precoce do câncer de mama, e deve ser utilizado como complemento do exame clínico.

3 - CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Os procedimentos para o controle do câncer cérvico-uterino e de mama, no ciclo gravídico-puerperal, são os mesmos aplicados na não-gestante: citologia, colposcopia, teste de Schiller e exame clínico de mama.

A colheita do material para citologia poderá ser realizada em qualquer época do período gestacional e deverá ser dupla (fundo de saco e ectocérvice).

As condutas para controle e seguimento são idênticas àquelas adotadas para as pacientes não-gestantes, exceto nas displasias leve e moderada, que terão o seguimento a cada 3 meses, com reavaliação após o puerpério.

Quanto à terapêutica, devem ser consideradas duas situações, em relação ao diagnóstico:

nos processos inflamatórios, o tratamento específico deve ser instituído levando-se em conta as contra-indicações na gestação;
nas neoplasias malignas, seja da mama ou da cérvix, a gestante deve ser esclarecida e consultada, quanto à conduta terapêutica a ser instituída.

- BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- BAMFORTH, J. *Cytological diagnosis in medical practice*. London, J. S. A. Churchill, 1966. 246 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Controle das doenças sexualmente transmissíveis (DST)*. Brasília, DINSAMI/MS, 1985. 70 p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de procedimentos em enfermagem tocoginecológica preventiva. Normas e instruções*. Brasília, DINSAMI/MS, 1985.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Manual de normas para controle do câncer cérvico-uterino*. Brasília, DNDCD/MS, 1980.
- BRUMINI, R. et alii. *Câncer no Brasil; dados histopatológicos, 1976/1980*. CNCC/MS, 1982. 433 p.
- *CÂNCER cérvico-uterino no ciclo grávido-puerperal*. Bol. Inf. DNC/MS, Brasília, 1976.
- CHAVES, E. et alii. *Bases da prevenção do câncer de colo do útero*. João Pessoa, 1985. 265 p.
- CYTOLOGY, *Abstract Library-Hints to obtain an adequate cervical smear*. California Publication, (117), Aug. 1973.
- CUNHA, M. P. et alii. *Normas e instruções para a colheita do material cérvico-uterino*. Brasília, DNDCD/MS, 1976.
- HAUNES, D. M. et alii. *Essentials of the gynecologic history and examination*. Louisville, s. d.
- KOSS, L. *Cytological diagnostic and its histologic basic*. 3. ed. Philadelphia, J. B. Lippincott Co., 1972.
- LEAVELL H. & CLARCK, E. G. *Medicina preventiva*. Rio de Janeiro, McGraw Hill, 1976.
- MONTORO, A.F. et alii. *Prevenção e detecção do câncer de mama*. São Paulo, Ed. da Universidade de São Paulo, 1979. 234 p.
- MOSS, S. M. & DAY, M. *Screening intervals and identification of higher risk groups for cervical cancer-Meeting on prevention and control of cancer of the cervix uteri*. Geneve, 1985.
- ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*. Washington, 1972. 62 p. (Publicação científica, 248).
- ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. *Seminário sobre registro de câncer na América Latina*. Washington, 1970. 163 p. (Publicação científica, 215).
- ORGANIZAÇÃO Pan-Americana da Saúde. *Manual de normas y procedimientos para el control del cáncer del cuello uterino*. Washington, 1985. 47 p. (PALTEX, 6).
- PAPANICOLAOU, G.N. *Atlas of exfoliative cytology*. Cambridge, 1954.
- RIOTTON, G. et alii. *Cytology of the female genital tract*. Geneve, W.H.O., 1973. 41 p.
- SALGADO, C. et alii. *Colposcopia*. Rio de Janeiro, 1984. 133p.
- SEMINÁRIO Nacional de Controle do Câncer Cérvico-Uterino e de Mama. *Relatório final*, CNCC/OPS, Rio de Janeiro, 1985.
- SILVEIRA, J. G. et alii. *Curso de cancerologia aplicada à ginecologia*. Porto Alegre, Metrópole, 1982. 252 p.

PUERPÉRIO

(Para ser usado nas visitas domiciliares a puérpera conforme item 3 do roteiro de visita domiciliar)

O puerpério é o período que tem início após o parto e termina quando a fisiologia materna volta ao estado anterior ou seja, aproximadamente 6 semanas depois. É também chamado de pós-parto.

O puerpério pode ser composto de 2 fases distintas: durante os primeiros 2 a 5 dias após o nascimento, a maioria das mulheres nos Estados Unidos permanece em hospitais ou maternidade. Esse período pode ser descrito como de repouso absoluto. Durante o tempo restante, a mulher retoma gradualmente as atividades de rotina e, juntamente com a família procura integrar a nova criança à vida de lar.

Essa é uma fase dinâmica de desafio para a mãe e para a família. Mudanças fisiológicas marcantes ocorrem muito rapidamente no corpo da mulher. Os pais familiarizam-se com o novo bebê e aprendem novas táticas e atitudes necessárias ao cuidado da criança. Após as impressionantes experiências da gravidez e do parto, os pais reencontram-se. O relacionamento com os outros filhos e com o restante da família tem que ser revisto e reajustado. A rotina de dia-a-dia tem que ser alterada em decorrência do ciclo de sono e do despertar do recém-nascido. É um tempo feliz, divertido e de intimidade na família. É também um tempo de perda de sono, frustração e irritabilidade, além de uma sensação de afastamento das atividades anteriores, dos interesses e dos amigos.

Durante o puerpério, especialmente durante a primeira semana, o corpo da mãe sofre rápidas e várias mudanças. Embora essas mudanças sejam mais acentuadas nos órgãos pelvicos e nas mamas, as alterações que surgiram em todo o sistema fisiológico durante a gestação serão revertidas. Se a

mãe amamentar o seu bebê, as alterações das mamas serão progressivas, preparando-as para a lactação. Todas as outras mudanças serão regressivas. A regressão genital é chamada involução.

Essa mudança é um processo fisiológico normal. Contudo a rapidez desse processo pode perturbar a mulher, a menos que entenda o que está acontecendo ao seu corpo. Além disso, qualquer ocorrência fora do normal que possa surgir será melhor tratada se for percebido no início. Por isso, a mulher necessita de informações e instruções sobre as mudanças físicas esperáveis, além de exame físico sistemático para acompanhar o progresso da involução.

Durante o tempo em que a mãe está no hospital, o exame físico deve ser feito diariamente. É o momento ideal para instrução e/ou para o reforço da prática de educação sanitária. Se a mãe recebe alta logo após o parto, ou se o parto não foi no hospital, deve-se providenciar o acompanhamento pela enfermeira de saúde pública. A mulher pode aprender a observar a involução do próprio útero e determinar quais os sintomas subjetivos que devem ser investigados pelo agente de saúde. Isto, contudo implica uma quantidade significativa de educação sanitária recebida antes do parto.

Os eventos psicossociais que se desenvolvem como parte do puerpério são talvez mais dramáticos do que os eventos fisiológicos, e certamente tem um efeito mais duradouro nas pessoas envolvidas e em suas famílias.

Enquanto o puerpério é definido fisiologicamente como as 6 primeiras semanas após o parto, o desenvolvimento e ajustamento psicossocial necessitam de 3 a 4 meses após o nascimento. Alguns autores chamam essa época de quarto trimestre. Durante essa fase, a mulher passa por uma adaptação gradualmente, da situação de grávida para a de não grávida e mãe. O bebê continua a crescer e faz suas adaptações físicas e de comportamento à vida de família. Toda a fami-

lia responde às expectativas responsabilidades e rotinas.

A mãe, devido ao seu envolvimento biológico em gerar uma criança e sua interdependência física subsequente com o filho durante a lactação, experimenta esse período de uma forma sem paralelos. Essa vivência varia em cada mulher conforme o número de filhos que tenha tido, sua própria infância, sua relação com seus pais, a experiência da gravidez, o nível de relacionamento com os pais da criança, seu conceito próprio, os padrões gerais e muitos outros fatores.

Puerpério

Indispensável que durante o parto a gestante receba orientação para o pós-parto, principalmente sobre a necessidade de uma consulta no puerpério.

Essa consulta permite à mulher saber se está tudo bem com ela. É, também, uma boa oportunidade para a equipe de saúde discutir com ela as dificuldades mais comuns do puerpério e inscrever o bebê no programa de assistência à criança.

O puerpério abrange o período de seis semanas seguidas ao parto, popularmente chamado de "semana" ou "resguardo".

Tradicionalmente, durante o "resguardo", a mulher devia manter-se afastada de todos — principalmente dos homens — e seguir uma dieta apropriada que lhe proibia uma série de alimentos e práticas, como banhos, lavar a cabeça, etc...

É importante que esses tabus se discutissem no pré-natal. Apesar de não serem aceitos pelo saber médico, eles permanecem na idéia de muitas mulheres, que, diante da impossibilidade de seguir a "dieta", costumam ficar "estragadas".

No puerpério, o corpo da mulher (principalmente os órgãos genitais) retorna à forma anterior à gravidez, e as alterações ocorridas desaparecem gradativamente. A involução do útero é progressiva e entre o 10.º e 15.º dias de pós-parto já entrou na fase de involução pélvica. Para atingir o tamanho anterior à gravidez ele leva de 6 a 8 semanas. Nas mulheres que não amamentam, a involução do útero é mais rápida, porque a sucção estimula o útero a contrair-se.

No puerpério imediato aparecem os loquios, secreção vaginal sanguinolenta, mais avermelhada nos primeiros 4 dias. Aos poucos vai se tornando marrom e por fim amarelada e branquiçada. A duração dos loquios varia de mulher para mulher, mas em 50% das mulheres dura 4 a 5 semanas, e significa que o útero está eliminando o sangue e fragmentos de membranas para poder reconstituir o seu tamanho.

O colo do útero já está bastante constituído no 3.º dia de pós-parto. A vagina irá reconstituir-se a partir do 15.º dia do pós-parto.

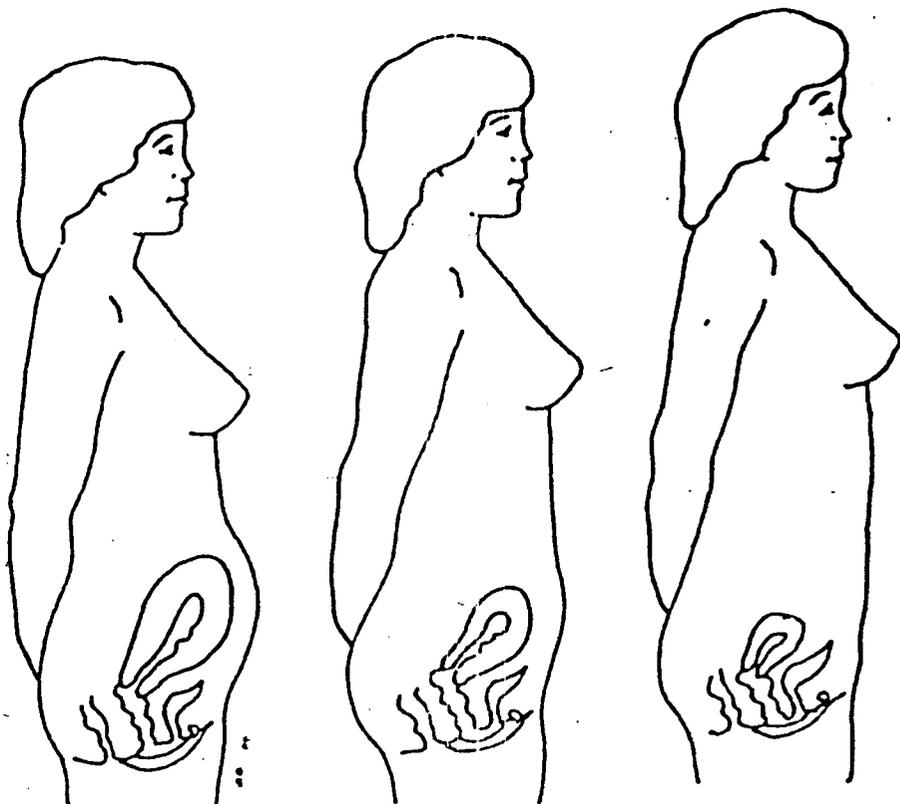
Além dessas alterações físicas, o puerpério caracteriza-se como o período em que a mulher retorna ao estado de não-grávida: é uma fase de adaptação com o bebê, com a família e com seu próprio corpo. É comum aparecerem sentimentos depressivos mesclados à alegria nessa nova fase. Além disso, a mulher precisa de descanso e ao mesmo tempo de cuidar do bebê, sendo bom contar com alguém que a ajude nos primeiros dias. Ela deve ser estimulada a pedir ajuda.

O retorno às atividades normais deve ser progressivo. Embora saibamos que para muitas mulheres isso é quase impossível, seria bom se ela pudesse ter alguns momentos de repouso durante o dia.

O retorno às relações sexuais com penetração vaginal poderá ocorrer após a parada da loquiação e tão logo a mulher se sinta bem. Se ela tiver dor ou sangramento durante a relação sexual, deve procurar o médico. Nos casos de partos cesarianos, recomenda-se aguardar por 3 a 4 semanas para iniciar a relação sexual com penetração vaginal.

A volta da menstruação dependerá da mulher estar amamentando ou não. Se ela não amamentar, a menstruação retornará cerca de 4 a 6 dias após o parto. Enquanto estiver dando aleitamento exclusivo e à demanda, sua possibilidade de engravidar é muito baixa. Na medida em que a mulher passa ao aleitamento misto, é necessário aconselhá-la a evitar filhos, como veremos mais frente.

No puerpério a mulher pode lavar a cabeça, tomar banhos (evitando banhos de imersão nas três primeiras semanas) e comer tudo que lhe der vontade.



Involução do útero no puerpério.

“Eram 30 dias de repouso e depois tinha mais dez, que são aqueles em que você não pega peso, não come comida pesada, tipo peixe e carne de porco.”

Anticoncepção no puerpério

A anticoncepção no puerpério deve ser abordada levando-se em conta a amamentação. É importante discutir esse tema antes do parto; com isso, amplia-se o período de tempo que a mulher terá para pensar e decidir sobre o uso de métodos anticoncepcionais, além de permitir um maior envolvimento do parceiro nessa discussão.

Conhecer os métodos e poder usar um deles tem sido uma grande preocupação das mulheres que pretendem amamentar seus filhos e recebem informações controversas a respeito dos vários métodos. A angústia de saber quando poderá ter relações sexuais após o parto alia-se a essa preocupação.

Amamentação e Reprodução

Durante o período de amamentação, a chance da mulher engravidar diminui, porque ao sugar, a criança provoca um estímulo que aumenta a produção de hormônio prolactina, impedindo assim, a ovulação. Isto ocorrerá se a amamentação for exclusiva e de acordo com a solicitação da criança (mais de 8 vezes/dia sem horário fixo). Na medida em que são dados outros alimentos para o bebê, além do leite materno (água, chás, sucos, sopinhas, etc.), o ato da sucção diminui e, conseqüentemente, a prolactina, podendo então ocorrer ovulação.

Pesquisas revelam que onde as mulheres amamentam por um ou dois anos, o intervalo entre uma gravidez e outra é 5 a 10 meses maior que nos lugares onde elas não amamentam. Isso, sem o uso de anticoncepcionais. Sabemos, no entanto, que amamentar não significa um método anticoncepcional eficaz, pois o retorno à ovulação pode ser imprevisível. O importante é que se oriente a nutriz quanto ao perigo do uso dos anticoncepcionais hormonais, pois estes, de maneira geral, diminuem a produção do leite, e passam ao bebê com conseqüências imprevisíveis.

Os métodos aqui apresentados para serem discutidos com as gestantes, segundo a Coordenação do Grupo de Saúde da Mulher, devem estar disponíveis (com exceção dos métodos cirúrgicos) nos C.S. da Secretaria, em breve. O profissional deve informar-se junto ao Distrito Sanitário de sua referência para poder encaminhar a clientela ao Centro de Saúde que desenvolverá as atividades de anticoncepção. Antes de encaminhar a mulher devemos ouvir suas dúvidas e orientá-la.

O Ministério da Saúde elaborou um conjunto de materiais educativos sobre anticoncepção, por isso, só faremos aqui algumas considerações sobre métodos anticoncepcionais e puerpério.

MÉTODOS COMPORTAMENTAIS

1. TABELINHA

O método em que se prevê a data da ovulação pela previsão da data da menstruação, não pode ser usado durante a amamentação:

- a) Muitas mulheres podem ter ovulação sem ter tido antes menstruação.
- b) Muitas mulheres podem ter menstruação sem ter tido antes ovulação.
- c) É impossível calcular o período fértil por este método, sem ter ocorrido menstruação.
- d) O uso da tabelinha implica em ciclos regulares e em um período de observação impossível nesta fase.

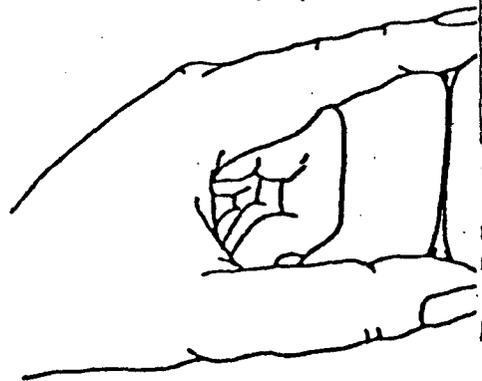
2. TEMPERATURA

A dificuldade principal desse método, no puerpério, é que a ausência da menstruação pode confundir a mulher, que não tem muita possibilidade de prever a ovulação. E há maior risco no fato das relações sexuais no período pré-ovulatório poderem "furar" o método.

3. MUCO CERVICAL (Billings)

Pode ser particularmente adequado para a mulher que aprendeu, durante o período intergestacional, a se auto-observar. Para estas, a observação dos chamados "dias secos"

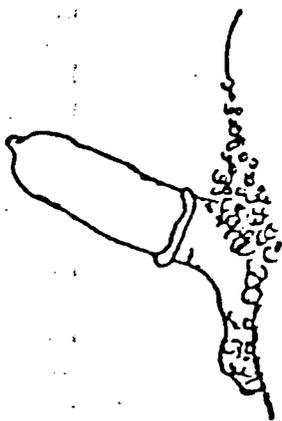
habituais no puerpério é bastante fácil e o aumento da secreção vaginal e mudança de suas características indicarão a ovulação.



TODOS DE BARREIRA

Camisinha

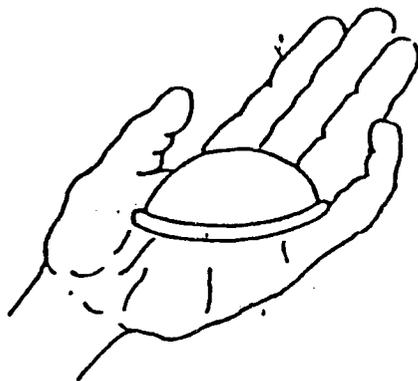
A camisinha vem num tamanho único, serve para qualquer tamanho de pênis e não tem contra-indicações. A idéia de que a preocupação de evitar filhos é somente da mulher e que o uso do preservativo pode deixar o homem menos potente ou menos atraente pode surgir na discussão e trabalhar no grupo, que terá esclarecer a origem dessas crenças. Pesquisas mostram que homens são mais receptivos ao uso de preservativo durante a amamentação.



Diafragma

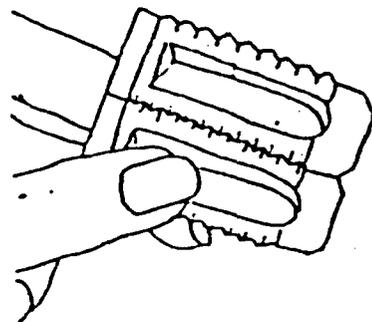
Se a mulher já usava esse método antes de engravidar, é necessário tomar nova medida do diafragma após o parto ou após o aborto, visto que o aumento do útero pode modificar as medidas do diafragma. A eficácia do diafragma é aumentada quando usado com espermicida em todas as relações sexuais com penetração. Uma primeira medida do colo uterino e fundo de saco para o início do uso do diafragma só é recomendável 60 dias após o parto.

O fato da utilização do diafragma implicar num contato mais íntimo com a vagina poderá significar obstáculo para sua utilização. Uma discussão aberta sobre os preconceitos e valores que envolvem a questão do corpo feminino poderá ser de grande ajuda.



Espermicidas

Existem dúvidas sobre os componentes de alguns espermicidas, que são absorvidos pelas paredes vaginais, com a passagem para o leite materno e para o bebê. Alguns deles contêm mercúrio em sua fórmula e não devem ser usados por quem amamenta. Os espermicidas devem ser usados sob orientação médica para quem amamenta, seja em associação com o diafragma e/ou camisinha, ou como método único.



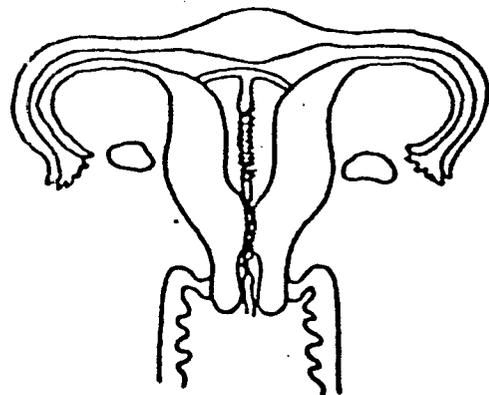
Algumas mulheres associam o uso do diafragma e da camisinha aos métodos naturais, utilizando-os apenas durante o período fértil. Porém isto só deve ser feito por mulheres totalmente seguras quanto ao seu período fértil. Também não se recomenda tal atitude no período inicial de utilização dos métodos de barreira.

DIU — Dispositivo Intra-Uterino

O DIU pode ser uma boa escolha para mulheres que já tiveram pelo menos um filho e que desejam um método de alta eficácia, que as libere da preocupação cotidiana com a anticoncepção.

Quando a mulher está no puerpério, discute-se qual o melhor período para a sua colocação. Como no início do puerpério as contrações uterinas são mais frequentes e intensas, o risco de expulsão do DIU é

maior. Quando colocado a partir do 30.º dia pós-parto, a chance de expulsão é menor. Alguns trabalhos indicam que o uso do DIU pode estimular o aumento de ócitocina, contribuindo para a lactação. No entanto, dados sugerem que o risco de perfuração uterina pode ser maior entre as mulheres que estão amamentando do que entre as que não estão, quando o DIU foi inserido 6 semanas ou mais pós-parto.



A mulher que usa DIU deve saber:

1. Da necessidade de procurar o médico se surgir qualquer sinal ou sintoma de infecção, febre, dor ou desconforto pélvico, sangramento excessivo, cólicas intensas e corrimento abundante.

2. Do fato de que a gravidez com a presença de um DIU pode ser ectópica, e que a dor abdominal e a amenorréia (falta da menstruação) podem ser sinais de gravidez ectópica.

3. Que se ocorrer uma gravidez em presença de um DIU, mesmo que a mulher deseje levar a gravidez a termo, deve procurar

cuidados médicos. O dispositivo deve ser removido imediatamente, se possível. Se não for, ela deve ser alertada sobre os riscos e os sintomas de um aborto séptico infectado.

4. Dos efeitos colaterais comuns ao uso de DIU, tais como aumento do fluxo menstrual e de cólicas.

5. Do tipo do DIU e do tempo recomendado para sua substituição.

6. Como verificar a presença dos fios do DIU e voltar à consulta médica, se não conseguir sentir os fios ou se a menstruação falhar.

MÉTODOS DE ESTERILIZAÇÃO

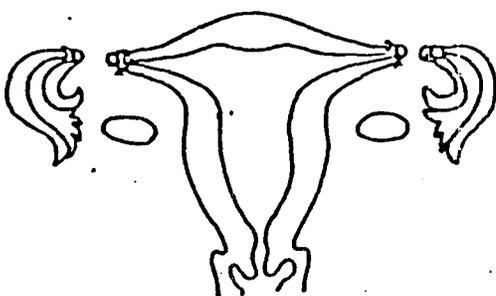
Os métodos de esterilização, tanto masculinos quanto femininos, são muito empregados em países do Terceiro Mundo e seu uso em larga escala tem sido combatido. Por serem irreversíveis, impõem uma reflexão para a tomada de decisão. Critérios como idade e fatores de risco devem ser levados em conta.

O aumento considerável de partos cesarianos está associado à esterilização feminina.

O desconhecimento de outros métodos, o aumento do número de filhos, a falta de acesso a outros recursos anticoncepcionais e o desconhecimento da irreversibilidade da laqueadura tubária têm induzido muitas mulheres a elegerem a esterilização como o método de escolha. Muitas mulheres têm se arrependido e procurado assistência médica para reverter a esterilização. No entanto, as possibilidades de acesso a sucesso à microcirurgia de reconstrução tubária são remotas.

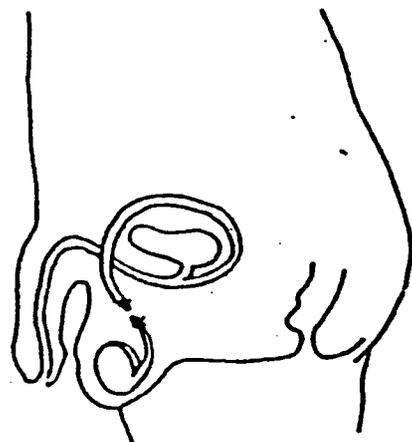
LAQUEADURA

A esterilização feminina por meio da laqueadura no pós-parto ou durante o parto tem sido desaconselhada, enquanto questão ética importante. Nessa fase, coagida por pressão emocional, a mulher pode tomar decisões das quais se arrependerá mais tarde. A laqueadura em si nada tem a ver com a amamentação, mas o procedimento cirúrgico, anestesia e analgésico poderão levar à diminuição do leite.



VASECTOMIA

Da mesma forma que a esterilização feminina, a vasectomia é irreversível. O homem não perde a potência sexual, continua tendo sêmen, que sem espermatozóides. Depois da vasectomia é preciso fazer exames periódicos e sucessivos até confirmar a inexistência de espermatozóides.



MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS HORMONAIS

todos têm mostrado que o uso da pílula durante a amamentação diminui a produção de leite materno. Isto, devido ao estrógeno presente nas pílulas, é também contraindicado porque passa para o leite materno, atingindo a criança e trazendo conseqüências para ela. Mesmo aquelas pílulas que contêm pouco estrógeno ou nenhuma (pílula só de progesterona, a minipílula), devem ser evitadas se não se conhecer as conseqüências que poderão trazer para a criança, a médio e longo prazo.

Em nosso meio tem sido usado o anticoncepcivo hormonal injetável (derivado da progesterona, um progestágeno de liberação lenta), do qual se diz que aumenta a produção do leite. No entanto, além de estar proibido como anticoncepcional em vários países e de seu uso ser restrito em outros, este medicamento passa para o leite materno e, até hoje, não se tem estudos avaliando as conseqüências disso para as crianças.

Durante a amamentação, como já dissemos, a conduta mais correta tem sido a de evitar

qualquer anticoncepção hormonal.

No entanto, se esse for o único método disponível e a necessidade de evitar uma gravidez for absoluta, recomenda-se não usar anticoncepcional hormonal até a criança amamentada completar 3 meses. Isto é, até os 3 meses é a época em que a mãe passa pelas maiores crises, e a introdução de um anticoncepcional hormonal atrapalhará a amamentação, podendo, até, diminuir o leite. Lembrar também que quanto mais novo o bebê, mais sujeito estará aos efeitos dos hormônios.

É IMPORTANTE LEMBRAR:

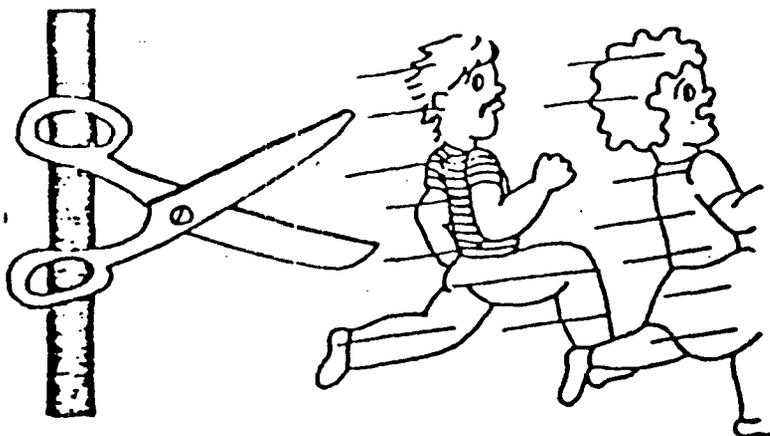
1. Escolher ter filhos, quantos e quando, ou evitar tê-los, é um direito social da mulher e do homem que deveria estar assegurado em todas as esferas do cotidiano na nossa sociedade. Lutando por esses direitos junto com a população, discutindo, podemos exigir que eles sejam garantidos.

2. Quando discutimos os métodos anticoncepcionais, devemos lembrar que não podemos impor nossos padrões de conduta, nem os sexuais, nem os reprodutivos.

3. A escolha dos métodos está relacionada às especificidades do indivíduo e/ou casal, assim como de cada método, da situação de vida no momento da escolha, da experiência anterior com anticoncepcionais, bem como com a motivação para usar um e não outro método, influência deste no relacionamento afetivo sexual, necessidade

de acompanhamento clínico para uso de certos métodos, etc... Por todas estas razões, é difícil que o profissional assuma escolher qual método a pessoa ou casal deverá usar, pois inúmeras questões envolvidas na escolha fogem à sua competência. No entanto, isso não impede que em todos os casos se faça uma avaliação clínica e orientação quanto aos aspectos de saúde, fundamentais na assistência à anticoncepção.

4. Todos os métodos reversíveis podem falhar, em maior ou menor grau, não existe o "melhor" método, mas sim melhor adaptação a determinado método naquela situação de vida. Importa saber qual o mais adaptável ao momento. Quando se trata da fase de amamentação, entra em jogo também a criança cujo alimento de escolha é o leite materno — isto deve ser cuidadosamente pesado.



EFICÁCIA DOS MÉTODOS

A eficácia, ou seja, a capacidade do método em evitar a gravidez, é específica a ele e às suas condições de uso. Sabemos de vários fatores que interferem na eficácia: frequência sexual, previsibilidade do coito, duração da união, tempo de uso, fase da vida, motivação, interação do casal, razão para o uso, grau de aceitação da abstinência, compreensão da fisiologia do aparelho reprodutor, qualidade da instrução, acompanhamento,

identificação da fertilidade cíclica, tipo de método escolhido, comportamento do casal durante o período não-seguro.

O serviço de saúde deve preocupar-se com a eficácia dos métodos anticoncepcionais, mas essa preocupação não deve ser maior do que aquela de preservar o espaço para que a escolha seja da(o) usuária(o).

A última questão acerca da eficácia é que esta não seja item de avaliação da eficiência do

serviço, visto que nossa responsabilidade não é aumentar ou diminuir o número de filhos, mas oferecer assistência médica de boa qualidade à concepção e à anticoncepção. A boa qualidade dessa assistência dependerá também das informações que soubermos dividir com a clientela, da orientação que poderá ser feita e do espaço pa discutirmos experiências, dúvidas e dificuldades.

A tabela abaixo mostra o índice de falhas dos diferentes métodos em mulheres que não estavam amamentando.

Índice aproximado de falhas (gestação por 100 mulheres/ano)*

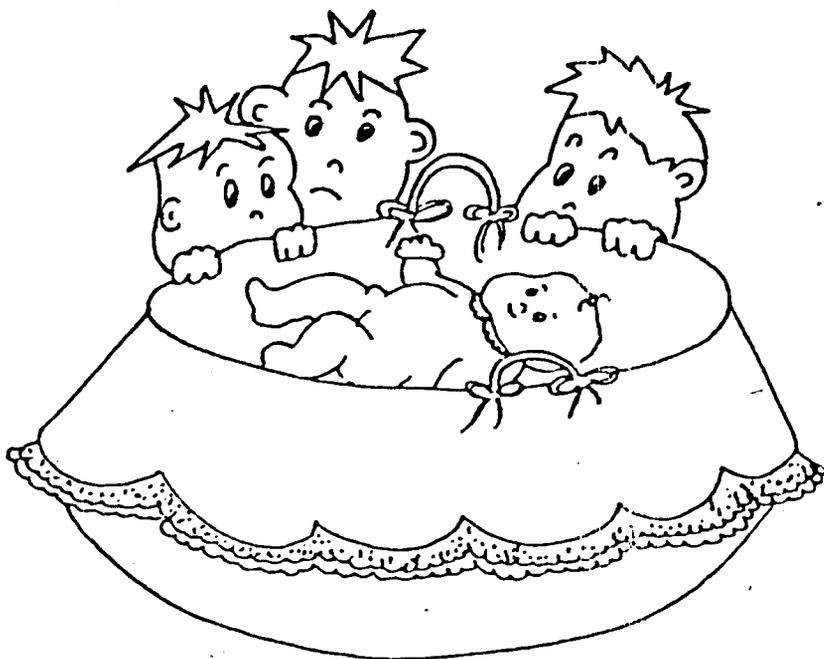
	Índice de falhas teóricas (1)	Índice de falhas práticas (2)
Laqueadura tubária	0,04	0,04
Vasectomia	0,15	0,15
Anticoncepcional oral (pílula combinada)	0,34	4-10
Progestágeno IM de longa ação	0,25	5-10
Camisinha + Espermicida	1	5
Progestágeno oral de baixa dosagem (minipiíula)	1-1,5	5-10
DIU	1-3	5
Camisinha	3	10
Diafragma com espermicida	3	17
Espuma espermicida	3	22
Coito interrompido	9	20-25
Tabelinha	13	21
Amamentar por 12 meses	25	40

(1) Índice de falhas teóricas: é obtido quando o uso de um método é feito com o máximo de exatidão, controlando todas as variáveis que podem interferir em seu uso.

(2) Índice de falhas práticas: é obtido quando não existe a situação ideal de controle dos fatores que podem interferir no uso de um método.

* Adaptado de "Approximate Failure Rates - Theoretical Failure Rate: Actual Use Failure Rate" - The Boston Women's Health Book Collective. Our Bodies, Our Selves, a Book by and for women. 2nd edition. Simon and Schuster, New York, pg. 185

Gente nova em casa



Voltando para casa, a mãe se vê frente a frente com uma nova situação: conhecer e cuidar de seu bebê. Se tiver outros filhos, ela deve apresentá-lo a eles e iniciar a adaptação da família. Se for o primeiro filho, a mãe pode sentir-se insegura, principalmente se não tiver quem a ajude. A sensação de desamparo e isolamento aumentam quando a mulher percebe que os cuidados e as exigências do bebê preenchem seu tempo durante o dia e, frequentemente, à noite.

A mãe terá que adaptar-se às exigências do bebê e isso nem sempre é fácil, porque, além disso, ela continua tendo as outras responsabilidades e tarefas anteriores ao parto. Essa adaptação ao papel de mãe será facilitada se a mulher contar com a ajuda de alguém para os serviços domésticos. É uma situação a ser discutida no pré-natal.

É importante ela saber que os sentimentos de insegurança e ansiedade são normais. A maternidade também é um aprendizado. O sentimento de ligação com o bebê e a identificação de suas necessidades vão-se formando à medida que ela cuida e se relaciona com ele. É necessário que a mãe saiba que o contato físico do bebê consigo é fundamental para ambos.

As primíparas frequentemente ficam preocupadas com os cuidados

que o recém-nascido precisa receber. É comum em nossa sociedade que as mulheres e homens não saibam lidar com bebês antes de serem pais.

Os cuidados mais importantes são os relacionados com a alimentação, o coto umbilical, banho e vestuário do recém-nascido. Além disso, é importante a gestante saber que existe um programa especial de Assistência à Criança, que visa a acompanhar seu crescimento e desenvolvimento; vaciná-la contra várias doenças e atender seus problemas de saúde com atendimento médico e de enfermagem.

O coto umbilical

Para cuidar do coto umbilical (ligamento), apenas secá-lo e colocar antisséptico (recomenda-se mercúrio), não havendo necessidade, cobri-lo com gaze. Deixe-o livre, pinta o curativo diariamente, até cinco ou três dias após a queda do coto. Algumas mulheres costumam fazer o umbigo do bebê e usar gaze no coto umbilical. Nesse caso, é necessário orientá-las para que a gaze esteja limpa e que o curativo seja trocado. É importante saber e explicar algumas práticas populares. Mas, é preciso também explicar às mães porque não se deve colocar algumas substâncias no umbigo,

no pó de café, plantas, esterco, teia de aranha, etc...

Milium ou Miliária

São pequenos pontos branco-amarelados localizados no rosto dos bebês, principalmente no nariz. Lembram "espinhas" mas são normais e não devem ser espremidos: desaparecem com o tempo.

O choro dos bebês e as cólicas

Uma das coisas que os bebês sabem fazer muito bem é chorar. E às vezes esses choros deixam toda a família angustiada: ele está com fome? Com sede? Com frio? Com dor de barriga? Ouvido? No início é mais fácil, porém aos poucos mãe e pai vão aprendendo a entender o bebê e o significado do seu choro. É bom lembrar que o choro nem sempre representa problema ou fome, sendo importante examinar o bebê para entender se chora por algum desconforto físico. Pode ser que seja por cólicas. As cólicas manifestam-se mais frequentemente entre os recém-nascidos, até os 2 ou 3 meses de vida. Ocorrem devido à ingestão excessiva de ar durante as mamadas, podem estar relacionadas à prisão de ventre. Ou mesmo são devidas a alimentos ingeridos pela mãe e transmitidos pelo leite materno. Elas podem ser melhoradas fazendo-se o bebê arrotar frequentemente durante as mamadas não apenas no final. Recomenda-se chá de erva-doce e colocar o bebê de bruços no colo. O contato da barriga do bebê com o corpo da mãe, além de transmitir calor faz com que ele se sinta mais protegido.

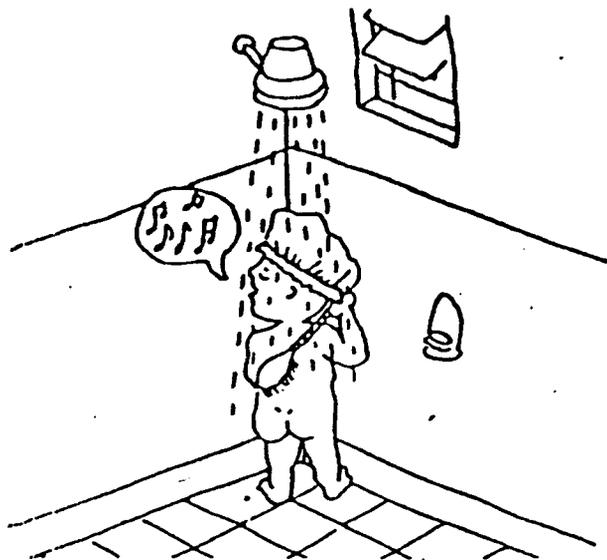
Os remédios devem ser usados apenas com recomendação médica e nas doses indicadas.

Banho

Em geral, o primeiro banho de imersão é dado após a queda do umbigo. Alguns médicos indicam o banho de imersão antes da queda de cabelo, desde que seguidas algumas indicações especiais.

Se o banho for indicado somente após a queda do coto, até lá pratique a higiene com esponja ou algodão em água fervida e amornada.

Para o banho de imersão prepare



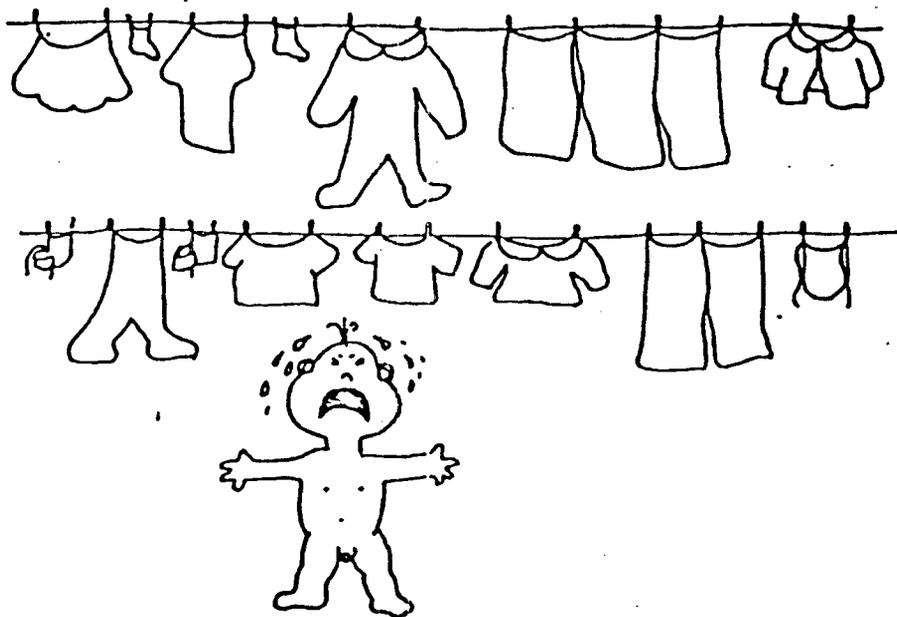
tudo com antecedência, tendo à mão todo o material necessário.

As roupas devem ser separadas e a banheirinha ou bacia deve ser de uso exclusivo do bebê e estar sempre limpa. Para banhar o recém-nascido, a água deve ser fervida ou filtrada e amornada.

As cróstinhas do couro cabeludo são muito comuns e devem ser tratadas com aplicação de vaselina líquida ou óleo infantil, antes do banho.

Vestuário

É necessário cuidar muito bem da lavagem das fraldas e trocá-las sempre. As mães precisam ser informadas de que fraldas mal enxaguadas e calças plásticas podem causar irritações e assaduras nos bebês. Além disso, é importante que o bebê fique agasalhado, mas não em demasia.



Amamentação

Há algumas décadas, a amamentação era uma função biológica experimentada por quase todas as mulheres. A partir de 1940 observou-se uma queda acentuada na amamentação. Isso trouxe prejuízo para o bebê e sua mãe, principalmente nos países pobres, onde o leite materno, de alto valor biológico, foi substituído por leite de fórmula, geralmente diluído e contaminado.

As causas do desmame precoce são muitas, e a maioria está ligada a mudanças de valores sociais e estilos de vida. Convém destacar, entre estas causas, a ação das indústrias de leite em pó, que atuaram não só através de propaganda direta como por meios indiretos, distribuindo amostras e interferindo na prática médica. Os serviços de saúde também contribuíram para o desmame precoce, tanto por adotar rotinas e práticas que dificultam o aleitamento, quanto por omitir orientações às mulheres.

Para que esse processo possa ser revertido, o incentivo para o aleitamento natural deve ser iniciado desde o pré-natal e continuado durante todos os atendimentos prestados à criança e à mãe.

É bom lembrar que, apesar dos serviços de saúde terem um papel importante nesse processo de retorno à prática da amamentação, a sociedade deve buscar formas de garantir à mulher e ao bebê esse direito através de creches nos locais de trabalho, leis trabalhistas de apoio à maternidade e grupos de apoio na comunidade para as mães que não têm família. Toda mulher pode amamentar desde que ela o deseje. Mas muitas mulheres deixam de amamentar por falta de informações, e não quer dizer que ela não saiba que o leite materno é o melhor alimento para o bebê. Ela bem que sabe disso! Faltam orientações sobre como amamentar e, principalmente, "dicas" para resolver ou contornar problemas que podem surgir nessa fase. Os problemas mais comuns na amamentação precisam ser conhecidos pelos profissionais de saúde.

*"Cachorro mama, gato mama, e ninguém ensina nada."**



*"Logo que meu filho nasceu, ele não mamou. Eu punha ele lá do jeito que eu tinha ensinado às mulheres, mas ele não mamava; fiquei tão desesperada, que tive depressão depois do parto."**

■ fisiologia da lactação

Ao final da gestação os seios começam a secretar uma substância chamada "colostró", que é o primeiro leite. Ele tem alto valor nutritivo e também é muito rico em anticorpos, que protegem o bebê contra doenças. Ao sugar, o recém-nascido estimula as terminações nervosas existentes no mamilo, que enviam uma ordem à hipófise para liberar os hormônios prolactina e ocitocina, responsáveis pela produção e saída do leite. No puerpério a prolactina aumenta pela sucção do bebê e um pouco menos pela extração de leite manualmente ou com bomba.

A produção do leite desencadeada pela ação da prolactina não é facilmente afetada, por fadiga, dor e ansiedade. Entretanto, a liberação da ocitocina e a conseqüente saída de leite podem ser inibidas por es-

esses fatores. Isso significa que embora o leite esteja sendo produzido, muitas vezes não chega até a criança. Esta, chorando, aumenta a ansiedade da mãe dificultando ainda mais a amamentação. Nesses casos, ouvir a mãe e conversar sobre o que está acontecendo pode ser de grande valia.

A criança deve sugar, abocanhando o mamilo e toda a aréola. Isso evita fissuras e permite melhor esvaziamento da mama. A criança deve ser amamentada sempre que tiver fome e durante o tempo que quiser. Nos primeiros dias o bebê requisita um número grande de mamadas e aos poucos vai adquirindo um ritmo próprio. Cada dupla mãe-bebê é diferente da outra.

A posição para amamentar deve ser a mais cômoda possível, de acordo com a vontade da mulher. Deve-se oferecer os dois seios em cada mamada, começando sempre pelo que foi oferecido por último na mamada anterior, para:

- esvaziar melhor as mamas e aumentar a produção de leite e evitar engurgitamento.
- oferecer à criança uma quantidade constante de gorduras em todas as mamadas.

Na fase de lactação como na gestação, a mulher pode sentir mais sede e maior apetite. Ela deve manter a alimentação que estava acostumada na gravidez e apenas aumentar a quantidade e ingerir mais líquidos. Os cuidados com as mamas são muito importantes.

Muitos profissionais têm pressionado as mulheres para que elas amamentem, quando muitas vezes não têm as mínimas condições necessárias. O argumento usado é fortíssimo: a mortalidade infantil. Antes de culpar as mulheres, é preciso entender o que significa amamentar e exigir que esse direito esteja garantido na sociedade. A opção de amamentar deve ser da mulher bem informada, mas confiante e com seus direitos assegurados.

“Eu achava tão importante amamentar, que achava que a mãe só não amamentava quando não tinha vontade ou era relaxada; eu era uma tirana.”



problemas comuns na amamentação

1. Leite fraco ou insuficiente

É importante assegurar à mulher que o leite fraco não existe, o que acontece normalmente é que se compara o leite humano ao leite de vaca. O leite humano tem características próprias como composição, cor e sabor. E por ser próprio para a criança tem um tempo menor de digestão do que o leite de vaca e por isso a criança, muitas vezes, quer mamar em intervalos menores. Quanto maior a frequência das mamadas, maior será a produção de leite. É necessário esclarecer à mãe que ela deve evitar a oferta de líquidos à criança entre as mamadas e, se necessário, fazê-lo sempre em colheradas. O reflexo da saída do leite, como já dissemos, pode ser influenciado pelo estado emocional da mãe.

2. "Seio empedrado"

— Recomendar o uso de soutien de alças largas que suspendam bem as mamas, mantendo os canais lactíferos retificados.

meçar a mamada pelo seio cheio.

Se a turgescência for muito grande, recomendar fazer o esvaziamento manual da mama, antes de colocá-la à criança, para que ela possa "pegar o mamilo e esvaziar a mama completamente".

Usar compressas úmidas e quentes várias vezes ao dia ou recomendar expressão manual durante o uso de chuveiro.

Em casos de necessidade, recomendar o uso de bomba.

Fissuras ou rachaduras

Devem ser prevenidas, já que depois de instaladas são de difícil tratamento.

Manter um espaço entre o mamilo e o soutien para que o mamilo permaneça sempre seco.

Sempre que possível, expor as mamas ao ar.

Fazer banhos de sol ou de luz ultravioleta sobre as fissuras.

Continuar a amamentando, em intervalos mais freqüentes e de menor duração, iniciando pela mama menos ferida. Se necessário, completar o esvaziamento da mama através de expressão manual.

Não usar pomadas ou antissépticos. O uso de lanolina em pequena quantidade pode ajudar. Alguns médicos também recomendam o uso de óleo de vitamina A. Uma boa "dica" é passar um pouco de colostro do fim da mamada sobre toda a aréola e deixar secar antes de colocar o soutien.

Mastite

A fase inicial pode assemelhar-se ao "seio empedrado" e geralmente surge como complicação do embotamento ou das fissuras. A mulher deve passar por consulta médica para diagnóstico e tratamento. Não se deve usar medicação tóxica. A presença de mastite não contra-indica a amamentação mesmo na mama doente. Fica a cargo da mulher e do médico a avaliação das suas condições. Antibióticos adequados ficam à critério médico.

Medo do seio caído

Os seios caídos ou firmes dependem de vários fatores: do número de vezes que a mulher engravidou, da idade, do tipo físico, de quanto engor-

dou e do tipo de trabalho que desenvolve. Nesse caso é importante informar que o uso de soutien adequado durante a gravidez e amamentação podem ajudar a manter a forma dos seios.

6. Seios pequenos

O tamanho das mamas não tem nada a ver com a produção de leite. As mamas são formadas de gordura e glândula mamária. Quando a mulher tem seio pequeno, é sinal que tem menos gordura, mas são as glândulas mamárias que produzem o leite.

7. Mãe que trabalha fora

Deve ser informada sobre a legislação relativa à gestação, à maternidade e à amamentação.

— Dar o seio em livre demanda sempre que estiver com a criança;

— Ordenhar o leite e deixar em depósito limpo de plástico duro para ser oferecido à criança, quando a mãe estiver no trabalho; de preferência orientar a mãe para não misturar coletas de leite de diferentes horas. O leite pode ser conservado por até 24 horas em lugar fresco, desde que não seja resto de mamada;

— Qualquer alimento, inclusive o leite materno, na ausência da mãe, deve ser oferecido em colher, para a criança não confundir seu mecanismo de sucção na mamadeira;

— Quando estiver no trabalho, a mãe deve esvaziar as mamas a cada 2 ou 3 horas.

8. Berçário tradicional

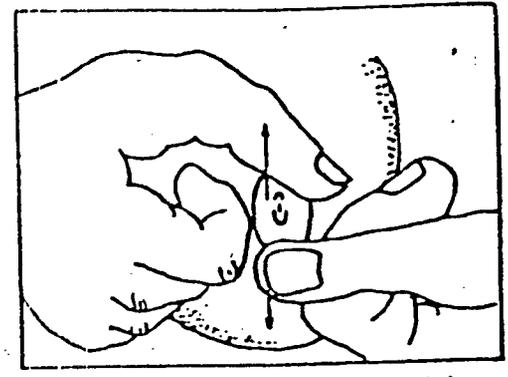
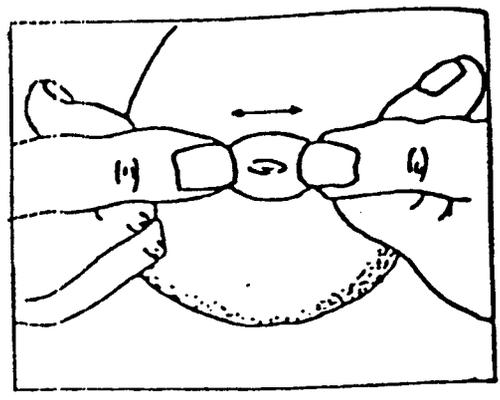
Essa prática, assim como outras rotinas adotadas no ambiente hospitalar, influi negativamente sobre o aleitamento materno. A mãe deve ser informada da existência de maternidades que possuam Alojamento Conjunto e conscientizada sobre suas vantagens.

9. Uso de medicamentos

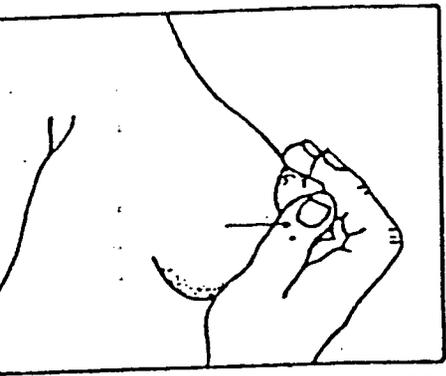
Qualquer droga ingerida pela mãe é excretada pelo leite. Muitas delas não apresentam toxicidade e são excretadas em pequenas concentrações, não causando problemas clínicos para a criança. Se a mulher estiver usando algum medicamento enquanto amamenta, deve informar ao médico.

AS: Durante a gravidez as mamas aumentam bastante porque estão se preparando para a produção do leite. É comum, durante a gravidez, aparecer o colostro. O leite será produzido em quantidade suficiente assim que o bebê nascer e começar a sugar o leite. Quanto mais ele sugar, mais leite será produzido. As mamas podem ser preparadas para a amamentação antes da gravidez. A gestante precisa saber que a nutrição do bebê, feita pela placenta durante a gravidez, é feita pelas mamas antes do puerpério. A equipe de saúde deve estar preparada para o exame das condições das mamas, e ajudar a mulher nos cuidados a serem tomados durante a gravidez. É importante preparar as mamas, e estes cuidados contribuem para a segurança da mulher quanto à sua capacidade de amamentar.

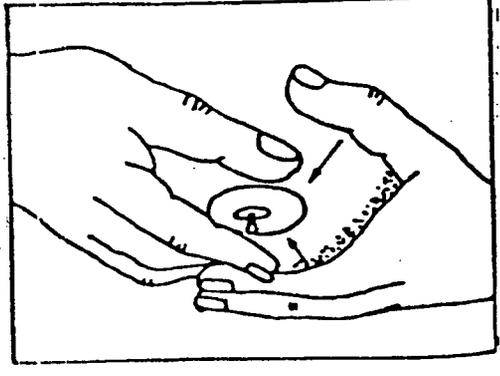
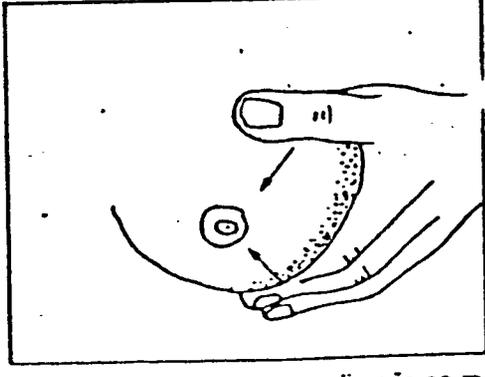
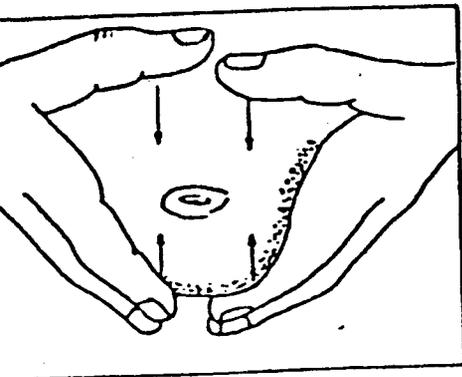
Exercícios para fortalecer as mamas, ajudar a evitar que as mamas fiquem mais salientes, evitar as mamas duras e engurgitamento excessivo:



2. Com os dois polegares puxe a aréola para os dois lados, depois para cima e para baixo ao mesmo tempo.



Puxe o bico, imitando a sucção do bebê. Repetir o exercício com 20 vezes e vá até 50 vezes.



Segure as mamas com ambas as mãos e pressione suavemente em direção ao mamilo.

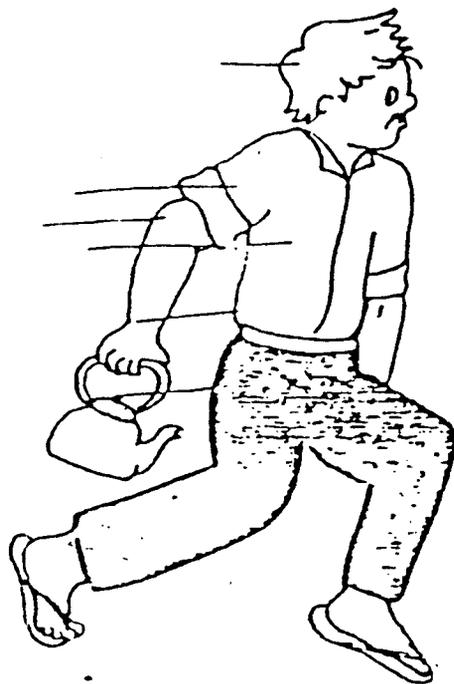
- OUTROS CUIDADOS:**
1. Sustentar as mamas, usando um soutien firme.
 2. Evitar o uso excessivo de sabonetes ou solução alcoólica no local.
 3. Se possível, expor as mamas ao sol.

IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE - ESQUEMA DE VACINAÇÃO PARA GESTANTE

VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE PARA INÍCIO DA VACINAÇÃO	Nº DE DOSES		INTERVALO ENTRE AS DOSES	
			Vac. Bas.	Reforço	Mínimo	Recomendado
Toxóide tetânico (TT)	tétano neo-natal	<u>Gestantes:</u> a. Não imunizadas com DPT ou TT (vacina a partir do 6º mês)	2 (*)	-	30 dias	2 meses
		b) Incompletamente imunizadas (menos de 3 doses com DPT ou TT). (Vacinar a partir do 6º mês).	Comple- tar 3 doses	-	30 dias	2 meses
		c. Previamente imuniza- das (3 doses) com DPT ou TT (Vacinar no 8º mês).	-	1 (se a úl- tima dose foi aplica- da há mais de 5 anos)	-	-

(*) = Para a prevenção específica do tétano neo-natal no produto da gestação "atual", são suficientes 2 doses, aplicadas no 6º e no 8º mês. Todavia, para adequada proteção da mulher a prevenção do tétano neo-natal em gestações futuras, é importante a aplicação da 3ª dose, que poderá ser feita após o parto.

Parto



Antigamente, as encarregadas de aparar as crianças, "parteiras" ou "aparadeiras", eram mulheres leigas que aprendiam o ofício com a mãe ou a avó. Ainda hoje, em várias regiões do interior do Brasil e também em outros países com cultura diferente da nossa, elas acompanham o pré-natal, visitam as gestantes e são quase como membros da família. Com o desenvolvimento da nossa sociedade e com o rumo que tomou a medicina, os partos foram se tornando acontecimentos hospitalares. No Estado de São Paulo, quase 99% dos nascimentos acontecem em

"A gente passa pela experiência do parto e, mesmo se ele foi ruim, a gente tem que orientar a gestante para que ela não sofra tanto. Porque se ela nunca soube nada do que é realmente, e a gente esconde o que ela vai encontrar, então ela vai levar um choque muito ruim."

maternidades e hospitais. Com isso, tenta-se prevenir complicações para a mãe e para a criança, que poderiam decorrer da falta de assistência ao parto. Por outro lado, a transformação do parto em ato médico implicou também num aumento assustador do índice de partos cesarianos. Ao invés de ser estimulado e orientado o parto normal, no qual a mulher participa como protagonista, está ocorrendo o processo de "doencificação" do parto, a transformação deste em doença.

Existem na sociedade e, principalmente entre os médicos, várias discussões sobre assistência ao parto. Fala-se do retorno ao parto domiciliar, do parto Leboyer (onde a assistência médica é feita com o mínimo de intervenções, visando um nascimento sem grandes traumatismos para a criança).

Discute-se a posição a ser adotada na hora do parto: uns defendem de cócoras ou ajoelhada, outros são

radicalmente contra essas posições, adotando a posição horizontal.

O importante é que as mulheres possam participar dessas discussões, obter informações e conversar com alguém que possa orientá-las e suas dúvidas.

Saber de que maneira, onde e com quem vai parir, é um direito da mulher. Mas, o nosso sistema de saúde — da forma como está estruturado — ainda não lhe garante esse direito. Devemos informar às gestantes sobre os recursos da comunidade, os hospitais a que têm direito e formas de acesso.

"O que a gente vê é que as experiências são diferentes: umas das outras. Por exemplo, eu sou mãe de sete filhos de barriga e um de criação, mas para mim, gravidez é uma coisa muito bonita. Não fiquei ansiosa, não tinha medo de ter os filhos da dor e essas coisas."

trabalho de parto

acontece entre a 38.^a e 42.^a semana de gravidez, inicia-se com contrações uterinas vivenciadas pela mulher como endurecimento da barriga e dores no baixo ventre, ou mesmo sem estas.

A partir da 36.^a semana o útero começa a ficar mais ativo e aparecem as contrações, que na maioria dos casos, são irregulares e não muito fortes. Mais ou menos 15 dias antes do parto a barriga "desce". Isto é bem visível na primigesta e significa que a cabeça do bebê está se encaixando na bacia.

Quando procurar a maternidade?

A maioria das mulheres que já tiveram filhos sabe a hora de ir para a maternidade. É importante lembrar que o trabalho de parto para as multiparas dura menos tempo que para as primíparas. Se, no final da gestação, a mulher começar a ter contrações, deve repousar por 10 minutos, deitada de lado. A partir de então, contar durante meia hora o número de contrações. Se tiver mais de 3 contrações nessa meia hora, deve procurar a maternidade.

A perda de água significa que a bolsa d'água (o saco amniótico) que envolve o bebê rompeu-se. Neste caso, deve-se procurar a maternidade com urgência sendo importante observar as características do líquido: cor e cheiro.

Que levar para a maternidade?

A gestante deve levar a carteira de trabalho, cartão de pré-natal ou cartão do Centro de Saúde e cartão do NAMPS. Os profissionais devem informar às gestantes sobre as normas próprias do hospital ou da maternidade de referência. Existem alguns que proíbem a mulher de entrar com roupas e objetos pessoais. O tempo de internação costuma variar de hospital para hospital e conforme o tipo de parto. A norma técnica da Secretaria da Saúde de São Paulo n.º 28/24 recomenda que o tempo mínimo de internação para parto normal seja de 72 horas (3 dias).



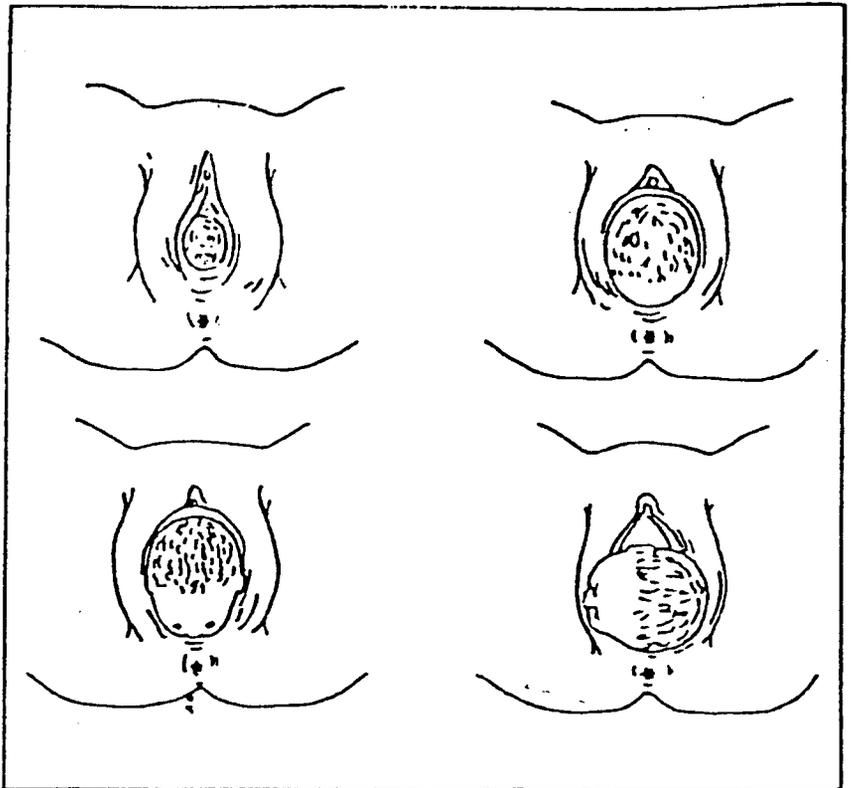
■ fases do parto

1.^a Fase – Fase de Dilatação

Muitas mulheres conseguem perceber no início da fase de dilatação a saída de um tampão (muco branco e denso com raias de sangue). É também chamado de "sinal". Essa fase do trabalho de parto varia muito de mulher para mulher, de parto para parto. Costuma durar, mais ou menos, 12 horas para as primíparas e cerca de 7 horas para as multiparas. Inicia-se com contrações uterinas mais regulares. Essas contrações vão aumentando de frequência (ficando mais perto uma da outra) e de intensidade. As contrações uterinas começam a modificar o colo do útero, que será puxado para cima, reduzindo sua espessura e abrindo-se lentamente para formar o canal do parto. A dilatação estará completa quando o colo estiver com 10 cm de abertura. Em 80% dos casos, a bolsa d'água se romperá no final do período de dilatação ou início da expulsão. É comum que nesta fase algumas mulheres queiram andar e movimentar-se, distraíndo-se das contrações. Outras preferem ficar deitadas. É importante que as mulheres saibam que nesta etapa podem ajudar relaxando durante as contrações.

2ª Fase — Fase da Expulsão

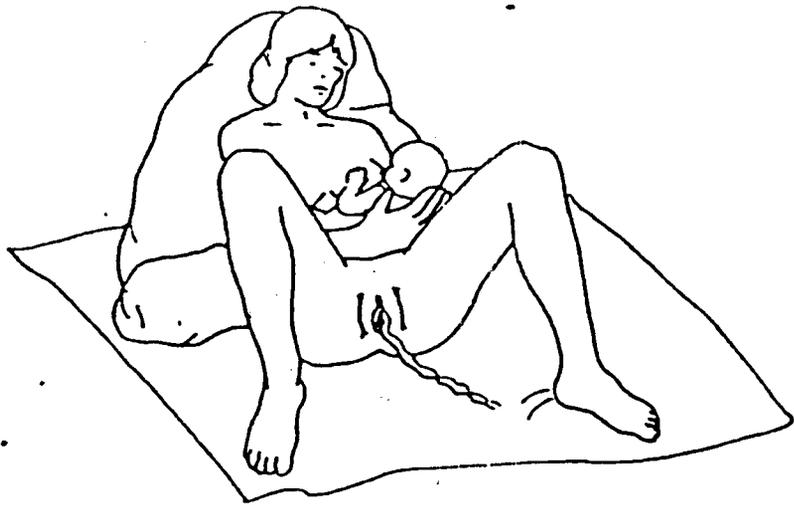
As contrações vão-se tornando mais frequentes e intensas, até atingir 5 contrações em 10 minutos. O colo está todo dilatado e o útero vai empurrando a criança pelo canal do parto. A criança vai se movendo conforme vai descendo pelo canal do parto, encontrando a melhor maneira de passar por ele. Nessa hora a mulher pode ajudar, fazendo força para baixo como se fosse evacuar. Essa fase dura mais ou menos 50 minutos para as primíparas e 20 para as múltíparas. Em algumas mulheres pode ser feito um corte na entrada da vagina (episiotomia), para evitar que a região do períneo se rompa.



2ª fase: Expulsão — Seqüência do parto da cabeça (coroamento).

3ª Fase — Secundamento

Após o nascimento da criança, a mulher sente alívio das fortes contrações sentidas até então. Ocorre um relaxamento e, embora o útero continue se contraindo, a mulher não sente mais as contrações. A placenta precisará sair: para isso, ocorrerá seu descolamento e, em seguida, a expulsão, ajudada pelo médico/parteira.



tipos de parto

1. Parto Tradicional

A mulher entra espontaneamente em trabalho de parto e recebe anestesia quando necessário.

É realizado em centro cirúrgico equipado, com a mulher deitada na posição ginecológica. O acompanhamento da primeira fase do trabalho é realizado por médico ou enfermeira. Se o trabalho de parto não evolui ou está muito lento, pode ser acelerado com medicação apropriada injetada através de agulha na veia. A indução ou aceleração do parto deve ser acompanhada com precisão. Para induzir o trabalho de parto são necessárias indicações médicas precisas e avaliação constante.

O uso da indução é muitas vezes tentado como um recurso para não se lançar mão, em um primeiro momento, da cesariana.

2. Parto Cesariano

É um procedimento cirúrgico que deve ser utilizado nos casos em que existem indicações para tal. A cesariana pode ser realizada de emergência ou planejada.

A decisão depende das condições prévias da mãe (se é portadora de doenças como diabetes, tumores, herpes genital grave, pré-eclâmpsia, eclâmpsia, doença renal, etc.) e do tamanho da criança. Depende, também, da avaliação do trabalho de parto e das condições fetais como o posicionamento da criança, vitalidade fetal, posição da placenta, trabalho de parto prolongado e sem progresso, etc.

No parto cesariano a criança é retirada do útero materno através da técnica cirúrgica, o que implica na utilização de anestesia. conseqüentemente, a recuperação pós-operatória é mais lenta e dolorosa do que no parto normal.

3. Parto "Natural"

Aqui, a mulher espera entrar espontaneamente em trabalho de parto, tomar pouca ou nenhuma anestesia e ter o bebê sem auxílio de instrumentos. As mulheres que escolhem esse método se preparam através de exercícios de relaxamento e respiração, apropriados para cada fase do trabalho. A posição freqüentemente é discutida e treinada durante a preparação para o parto, que pode ser de cócoras, ajoelhada ou semideitada. O médico acompanha o trabalho estando pronto para intervir se for necessário. O parto "natural" não é feito na sala cirúrgica tradicional, embora possa ser feito em clínicas e hospitais particulares. Em alguns países são feitos na casa da parturiente com uma ambulância à porta.



No parto natural a mulher pode escolher a posição mais confortável.

procedimentos no parto

ariam conforme o tipo de parto. Alguns são necessários e importantes em qualquer parto.

Doque vaginal: serve para o médico ou a parteira perceber o grau de dilatação do colo, o posicionamento e a "apresentação" da criança no canal de parto, ou seja, se a criança está com o rosto para a esquerda ou para a direita da mãe, se a cabeça do bebê está bem posicionada, etc.

Ausculda dos batimentos fetais: é importante para avaliar a vitalidade do feto.

Estes procedimentos são importantes para avaliação do trabalho de parto e das condições da mãe e do feto.

Antes do Parto

Clister ou supositório para esvaziamento intestinal: são utilizados previamente, visto que no período expulsivo podem ocorrer evacuação e micção devido à força das contrações.

Tricotomia: raspagem dos pêlos pubianos e da vulva. Alguns médicos consideram desnecessária a tricotomia no parto normal, sendo apenas necessária a limpeza da região da vulva com água e sabão. Muitas mulheres reclamam desse procedimento e com razão, já que muitos profissionais não são bons "barbeiros". Outras fazem a tricotomia em casa até mesmo para o exame ginecológico, pois acham que os pêlos são sujos. É importante discutir isso com as mulheres, visto que os pêlos são uma proteção natural do corpo.

Durante o Parto

Alguns medicamentos podem ser ministrados de acordo com a evolução do trabalho e a necessidade da mulher. Em certos casos é utilizado o fórceps, um instrumento em forma de colher, com o intuito de facilitar a saída da criança. É usado geralmente quando há prolongamento do período expulsivo e o parto cesariano já não é necessário ou possível.

Sendo bem indicado e aplicado não traz conseqüências ruins para a criança.

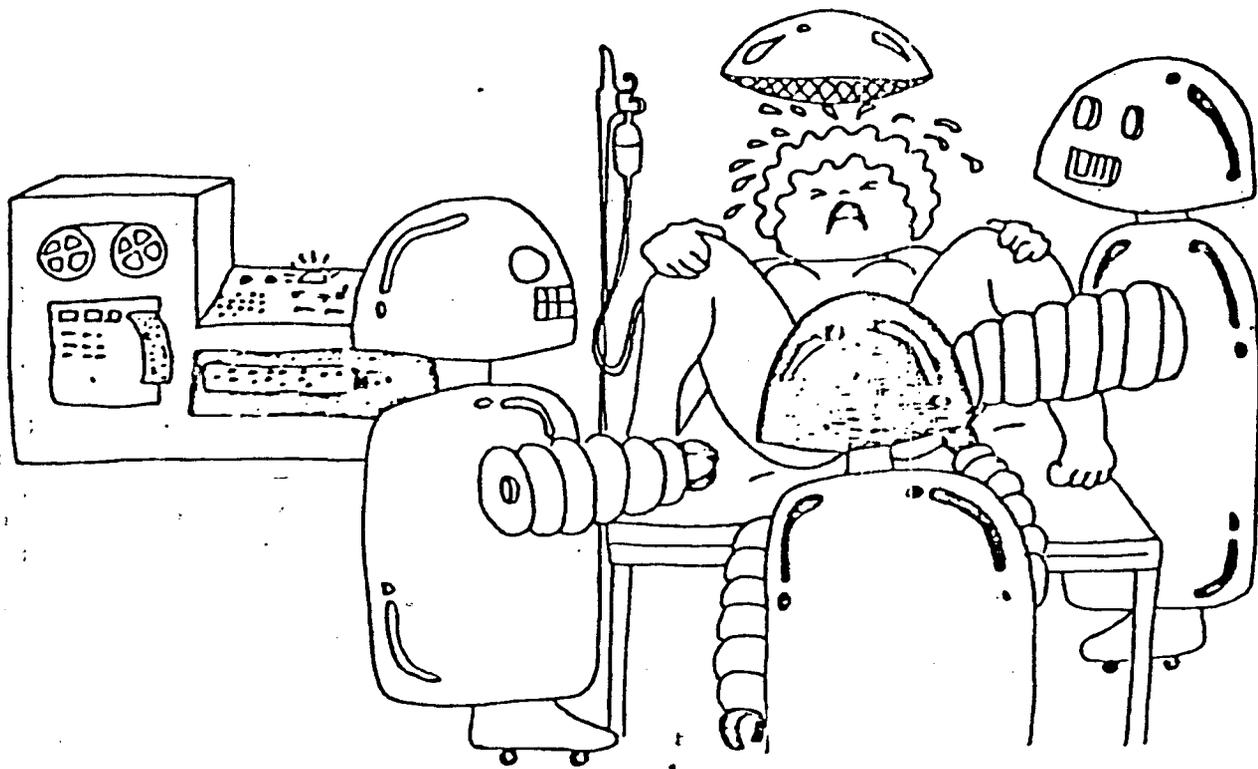
Anestesia — O uso de anestésicos durante o parto é bastante discutido. Existem diferentes formas de anestesia e algumas mulheres combinam com o médico particular que tipo de anestesia vai ser usado. O INAMPS não paga anestesia durante o parto normal. Alguns acham que todas as formas anestésicas interferem no trabalho de parto e atingem a criança. No Brasil as formas de anestesia que têm sido mais usadas são: a anestesia peridural, a raquianestesia e a anestesia local no períneo.

Anestesia Peridural — É dada no espaço entre as vértebras. Diminui a sensibilidade à dor, mas conserva os movimentos e a mulher se mantém acordada acompanhando o parto.

Raquianestesia — Também é dada nos espaços entre as vértebras e seu efeito é mais intenso. Na raquianestesia a agulha ultrapassa a dura-máter (a parte externa da membrana que envolve a medula espinhal), onde é injetado o anestésico. Na peridural a punção da coluna lombar é igualmente feita entre as vértebras, mas não ultrapassa a dura-máter. A partir dessa região, são anestesiados os nervos responsáveis pelas sensações dolorosas das pernas e da barriga. A peridural costuma demorar mais para começar a agir e a anestesia dura mais tempo; a raquianestesia é mais rápida tanto para "pegar" quanto para acabar o efeito. No pós-anestésico com raquianestesia a mulher não pode levantar-se, pois uma das conseqüências é a dor de cabeça. É maior a chance de ter dor de cabeça quando o parto é cesariano, pois a quantidade de anestésico costuma ser maior.

Anestesia Local — Na região do períneo e da vagina é dada antes da episiotomia, se anteriormente não foi dada outra anestesia.

a dor do parto



Durante a elaboração deste manual, algumas mulheres nos alertaram dos partos que tiveram. A maioria se refere à internação no hospital ou na maternidade e a maneira como são tratadas durante o parto, como uma experiência bastante ruim e dolorosa. A questão principal não é a dor do parto, mas a conduta dos profissionais ao lidarem com as parturientes. Uma dessas mulheres havia tido um de seus filhos sozinha em casa e nos contou com muita tranquilidade como havia ocorrido. Sem querer subvalorizar a assistência médica ao parto, precisamos aprofundar a reflexão sobre esse momento.

Entender o parto normal é importante também em seu sentido cultural. Em algumas sociedades não se espera que dar à luz seja algo doloroso e de muito sofrimento para a mulher. Na nossa sociedade, é comum as mulheres ouvirem desde crianças que o parto é uma situação dolorosa. Segundo algumas religiões, as dores do parto são o castigo que a mulher deve sofrer por ter cometido o pecado

*"Ter neném não é nada,
o pior é ir para
a maternidade..."*

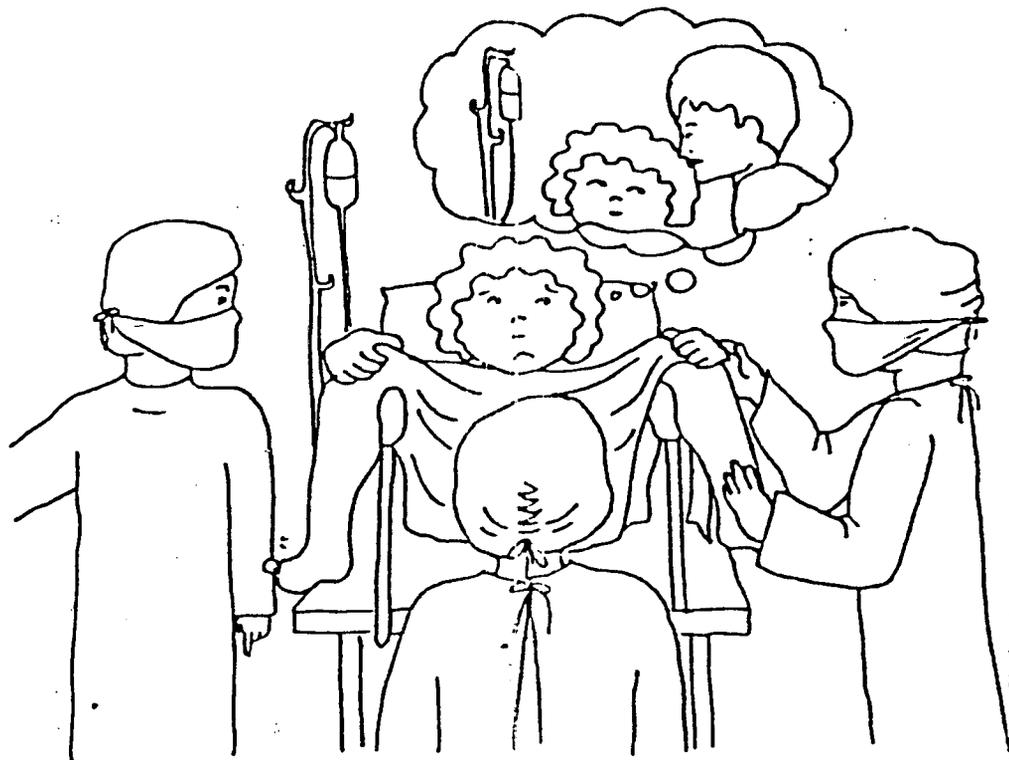
original. Por outro lado, no ambiente médico existe tendência a considerar que as dores durante o trabalho de parto são "frescuras" das mulheres. Ou então, a dor é inerente ao parto e tão insuportável que todas as mulheres deveriam tomar anestesia. Essas duas visões tão radicalizadas precisam ser repensadas, para que os profissionais possam entender essas questões e dar apoio às mulheres. Durante o pré-natal, nas discussões em grupo e mesmo no atendimento individual, podem ser dadas explicações tranquilizadoras às mulheres sobre a dor do parto. Além disso, é fundamental que o grupo possa falar de suas vivências anteriores com relação ao tema, pois essa diversidade pode facilitar muito a gestante entender que cada parto é diferente, assim como cada gravidez e cada gestante também o são. A informação de

que a dor do parto pode ser diminuída com relaxamento corporal, que as contrações são intermitentes e vão aumentando com a continuidade do trabalho também pode auxiliar as gestantes. Sabemos que a atitude de amparo, apoio e compreensão por parte dos profissionais poderá facilitar a superação do medo e da tensão. O ambiente hospitalar, com seu cheiro e aspecto característicos, é normalmente assustador para muitas pessoas. Sabemos que o fato da gestante permanecer sozinha, nesse ambiente, em contato com pessoas estranhas e distantes, aumenta muito sua tensão. Por isso, é importante que um acompanhante possa permanecer com ela durante o trabalho de parto, como é permitido em algumas maternidades, pois este é um direito que todas as mulheres deveriam ter.

Grantly D. Read, médico que estudou os mecanismos da dor do parto, acredita que o ambiente, influenciando desfavoravelmente, no sentido psicológico, permite que, no surgimento da primeira contração, apareça medo e tensão. Essa tensão muscular provoca mais dor, prolongando a duração do parto, fazendo a mulher perder o controle sobre si mesma e sobre o trabalho.

Proteger excessivamente a parturiente, evitando sua participação no parto, ou abandonando-a na sua angústia, não são as únicas atitudes que podem ser tomadas.

É importante que durante o pré-natal o assunto possa ser trabalhado, para a gestante entender seu medo, aprender a relaxar, ter confiança em si e na assistência que vai receber.



■ o acompanhante

As normas hospitalares variam muito de acordo com o tipo de internação. Essa varia com as possibilidades de se poder pagar além daquilo que o INAMPS paga na assistência ao parto.

As mulheres que têm condições e podem pagar um quarto particular, têm direito a um acompanhante. Em alguns casos, o hospital e o médico permitem que o acompanhante, geralmente o companheiro, fique ao lado da mulher durante o trabalho de parto, e também assista ao parto, se ambos desejarem.

No entanto, a maioria das mulheres não pode pagar, e quase todos os hospitais e maternidades não têm permitido um acompanhante com a mulher antes do parto. É importante discutir com as mulheres o que elas sentem em relação a essa situação

"Eu acho que com essa experiência que eu tenho, se hoje eu ficar grávida, no hospital não vou, eu tenho em casa, no hospital não vou de jeito nenhum..."

alojamento conjunto

É o sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio permanece ao lado da mãe no mesmo ambiente, durante o período pós-parto. Esse sistema permite a prestação de cuidados físicos e de enfermagem tanto para a mãe quanto para o recém-nascido, além da proximidade física tão necessária para mãe e criança nesse momento. O alojamento conjunto* prevê orientação, apoio e auxílio à parturiente, de tal forma que o período em que está na maternidade possa ser de aprendizagem prática com supervisão.

vantagens

Estimula e motiva a amamentação, pois permite que a criança mame na hora que necessitar, além de permitir que o bebê receba no berçário a mamadeira com água glicosada ou leite em pó.

Proporciona o estabelecimento precoce de laços afetivos entre mãe e filho.

Possibilita que a mãe observe constantemente a evolução do bebê e perceba qualquer anormalidade.

Diminui a tendência de infecção hospitalar adquirida em berçário. Libera os berçários para os recém-nascidos que realmente necessitam deles.

Apesar dos critérios para alojamento conjunto estarem explicitos nas Normas Técnicas, há diferença entre critérios, quando analisadas as diferentes maternidades, visto que em muitas a sua instalação está acontecendo gradativamente.

A preparação da mulher durante o pré-natal para o alojamento conjunto é muito importante. É preciso que ela seja informada sobre o que é, as vantagens, quais maternidades da área contam com o alojamento conjunto, e, principalmente, que lhe seja oferecido um espaço para que possa falar de suas dúvidas, medo e expectativas.

*"Fico preocupada com o que está acontecendo no berçário e não consigo dormir direito, fico pensando que ele está chorando com fome, se ele estivesse aqui comigo eu dava de mamar."**

*"Não acho legal ficar logo com o bebê, porque eles no berçário entendem mais que a gente."***

*"Eu não queria ficar junto, não. Não tenho mais paciência e queria poder descansar pelo menos aqui na maternidade."***

*"A gente chega do parto quebrada dos pontos, tem dor, tenho medo de cuidar, de até derrubar o bebê."***

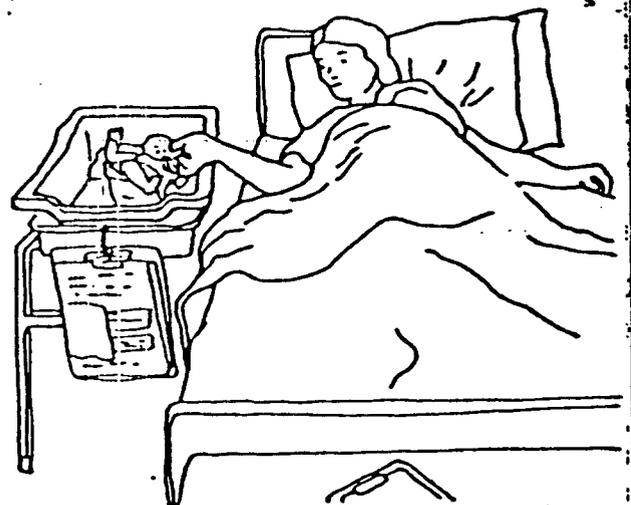
Nesses depoimentos identificam-se questões:

1. A mulher, em contato com a prática hospitalar das maternidades, foi aprendendo que não é capaz de cuidar tão bem do bebê recém-nascido quanto a equipe especializada e sente que a falta desse apoio (que não deve acontecer no alojamento conjunto) pode prejudicar a criança.

2. Muitas mulheres relatam que os três dias que passam na maternidade é uma das poucas oportunidades que têm para descansar do parto e do trabalho de cuidar dos filhos e de casa, e vêm no alojamento conjunto uma perda desse direito de descanso no pós-parto.

É conveniente discutir também a postura dos profissionais de maternidades e pré-natal que, assim como as mulheres, estão frente a nova rotina de trabalho; muitos deles também se sentem inseguros e criam os mais diferentes obstáculos para sua implantação.

A resistência das mulheres ao alojamento conjunto só poderá mudar, na medida em que a sua implantação se mostre vantajosa e que nesse processo os profissionais repensem sobre sua prática e seu papel.



*"Eu queria ficar com ele, podia ver a carinha dele, dar atenção e você sabe, mãe é mãe, né?!"**

* Para mais informações recomendamos a leitura da Portaria nº 55 de 28/24 nomeada "Normas Básicas para a Atividade de Pré-natal", publicada em Diário Oficial nº 10 07 09 84 págs 15 e 16 e da Resolução ANAMP nº 18 de 09 83 Portaria nº 3062 de 23 de agosto de 1987

ALEITAMENTO MATERNO:

- Importância:

A amamentação natural constitui uma das fases mais interessantes na vida da criança, aumentando carinhosamente as relações entre a mãe e o filho. Esse contato íntimo, também é muito importante para a formação da personalidade da criança.

O leite materno é um alimento completo, onde se encontram todos os elementos necessários para o desenvolvimento do bebê (sais, gorduras, vitaminas, etc).

É o alimento ideal para o lactente nos primeiros seis meses de vida, é de fácil digestão.

O leite materno contém anticorpos que protegem o bebê contra grande número de doenças infantis. Evita a diarreia que pode causar a desnutrição.

O leite materno é prático, está sempre pronto e numa temperatura adequada. É sempre fresco e livre da contaminação com isso, diminuiu a probabilidade da criança sofrer transtornos intestinais. É de baixo custo, previne a obesidade no 1º ano de vida, que é de difícil correção na fase adulta.

Crianças alimentadas no seio apresentam um QI mais elevado, além

de serem mais ativos e iniciarem mais rapidamente a deambular.

Colostro é o leite dos primeiros 3 a 6 dias após o parto, sua cor é amarelada e transparente. Parece aguado, porém tem mais proteína e anticorpos do que o leite normal, é super importante na proteção de infecções.

A quantidade de leite a ser produzida, vai depender do estímulo a ser provocado pelo número de mamadas realizadas pelo bebê. Quanto mais o bebê sugar as mamas mais leite será produzido.

O ato de sugar o seio da mãe, desenvolve a arcada dentária do bebê e evita a ocorrência de problemas ortodônticos.

Resumindo, o aleitamento materno é melhor sob todos os aspectos, tanto para a criança como para a mãe.

TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

Cuidados antes da mamada:

- A criança deve estar desperta e com fome.
- O bebê deve estar limpo e vestido de modo adequado.
- O ambiente deve ser calmo e agradável proporcionando assim, maior intimidade entre mãe-filho.

Cuidados durante a mamada:

- Posição: todas são corretas (deitada, sentada, recostada) desde que o bebê e a mãe estejam confortáveis.

- O braço e a mão do mesmo lado do seio oferecido servem para sus tentar a criança, enquanto que a outra mão, a mãe dirigirá a mama da, firmando a mama, de forma que ela seja facilmente alcançada pelo bebê, mantendo o mamilo e a auréola entre os dedos indicador e médio sem que haja obstrução da respiração nasal. Deste modo, aumenta-se a protusão do mamilo, de forma que o bebê põe os lábios na auréola e não no mamilo: os lábios da criança devem fechar-se completamente próximo à borda aureolar.
- O processo de amamentação deve ser iniciado com 3 a 5 minutos de sucção nas primeiras 24 horas aumentando-se gradativamente até 15 a 20 minutos, em cada mamada.

DESMAME

A maioria das mães produzem o leite em quantidade suficiente para preencher as necessidades calóricas de seus filhos nos primeiros 6 meses de vida. Após esse período, a criança deverá também, receber outros tipos de alimentos, sendo oferecido intercalado às mamadas. No início, os alimentos devem ser passados em peneira, depois amassados com garfo, e finalmente oferecidos em grãos ou pedaços.

O desmame deve ser de forma gradual e a dieta do mesmo, deve conter em cada porção: cerca de 300 Kcal, 8 g de proteína a densidade energética de 1,8 Kcal/g.

CONSULTA DE ENFERMAGEM À CRIANÇA**I- IDENTIFICAÇÃO:**

NOME: _____ IDADE: _____
 ENDEREÇO: _____ DATA DE NASCIMENTO: ___/___/___
 ESCOLARIDADE: _____ UNID. SANIT. _____ INSTITUIÇÃO: _____
 RELIGIÃO: _____ DATA: ___/___/___
 PROCEDÊNCIA: _____

II- MOTIVO DA CONSULTA:

- ANTECEDENTES FAMILIARES
 HIPERTENÇÃO TUBERCULOSE MALFORMAÇÕES CONGENITAS GEMELAR OUTROS
- ANTECEDENTES FISIOLÓGICOS E PATOLÓGICOS
 GESTAÇÃO: _____ PARTO: _____ NASCIMENTO: _____
 PESO AO NASCER: _____ PATOLOGIA NEONATAL: _____
 DOENÇAS E INTERNAÇÕES ANTERIORES: _____
 VACINAÇÕES RECEBIDAS: _____

III- HISTÓRIA ALIMENTAR:

- ALEITAMENTO MATERNO: _____
 - OUTRO TIPO DE ALIMENTAÇÃO (HIDRATAÇÃO): _____
 - ÉPOCA DE DESMAME: _____

IV- SITUAÇÃO AMBIENTAL:

- LOCAL DE PERMANÊNCIA: _____ QUEM CUIDA DA CRIANÇA: _____
 - CONTATO COM OUTRAS CRIANÇAS: _____

V- ATENDIMENTO DOS N.H.B.:

- SONO E REPOUSO: _____ ATIVIDADE FÍSICA: _____
 - CUIDADO CORPORAL: _____ HABITAÇÃO: _____
 - EDUCAÇÃO À SAÚDE: ALERGIAS EXAME DENTÁRIO EXAME MÉDICO PERIÓDICO

EXAME CLÍNICO

NUTRIÇÃO: OBESO NORMAL DESNUTRIDO
 MUCOSA: NORMAIS CORADA DESCORADA
 PESO: _____ ALTURA: _____ R.: _____ P.: _____ T.: _____
 CONDIÇÕES DOS SEGMENTOS:
 PELOS: _____ LESÕES: _____
 LIMPESA: _____ MOTILIDADE: _____
 ACUIDADE DOS SENTIDOS: _____
 AUSÊNCIA DOS SEGMENTOS: _____
 CAVIDADE BUCAL: _____ PESCOÇO: _____
 MEMBROS SUPERIORES: _____
 MEMBROS INFERIORES: _____
 TORAX: _____ ABDOMEN: _____
 GENTAIS: _____ POSTURA: _____
 GÂNGLIOS: _____ UNHAS: _____
 PERIMETROS:
 CEFÁLICO: _____ TORÁXICO: _____
 ABDOMINAL: _____ FONTANELAS: _____
 OUTRAS OBSERVAÇÕES: _____

- . Orelhas: (integridade, pavilhão, secreção, audição).

PESSOAS:

- . Tonicidade flexão extensão:
- . Palpação glanlionar:

TÓRAX:

- . Forma Panículo adiposo Tonus
- . Ausculta Pulmonar (ruídos):
- . Características da respiração:
- . Ausculta cardíaca (ritmo, anormalidades).
- . Pele :

ABDOMEM:

- . Forma: Tônus
- . Panículo adiposo:
- . Região umbilical (cicatrização, hernia):
- . Região inguinal (hernia, glanglios, nódulos):
- . Pele

GENITAIS

- . Feminino: Observar grandes e pequenos lábios, clitóris, meato, nitróito, peníneo quanto a higiene, integridade, secreção, etc.
- . Masculino: pênis (meato, tamanho, retratação do prepucio, integridade higiene, etc).
- . Bolsa escrotal (integridade, presença dos testículos).

DORSO

- . Forma . Vértebras
- . Pele

MEMBROS SUPERIORES - Simetria

- . Mobilidade:
- . Músculos (massa, tonicidade)
- . Mãos
- . Integridade
- . Rede Venosa:

MEMBROS INFERIORES

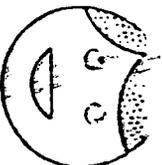
- . Simetria
- . Integridade
- . Musculatura
- . Movimentação
- . Rede Venosa Pós:

Musculatura para IM

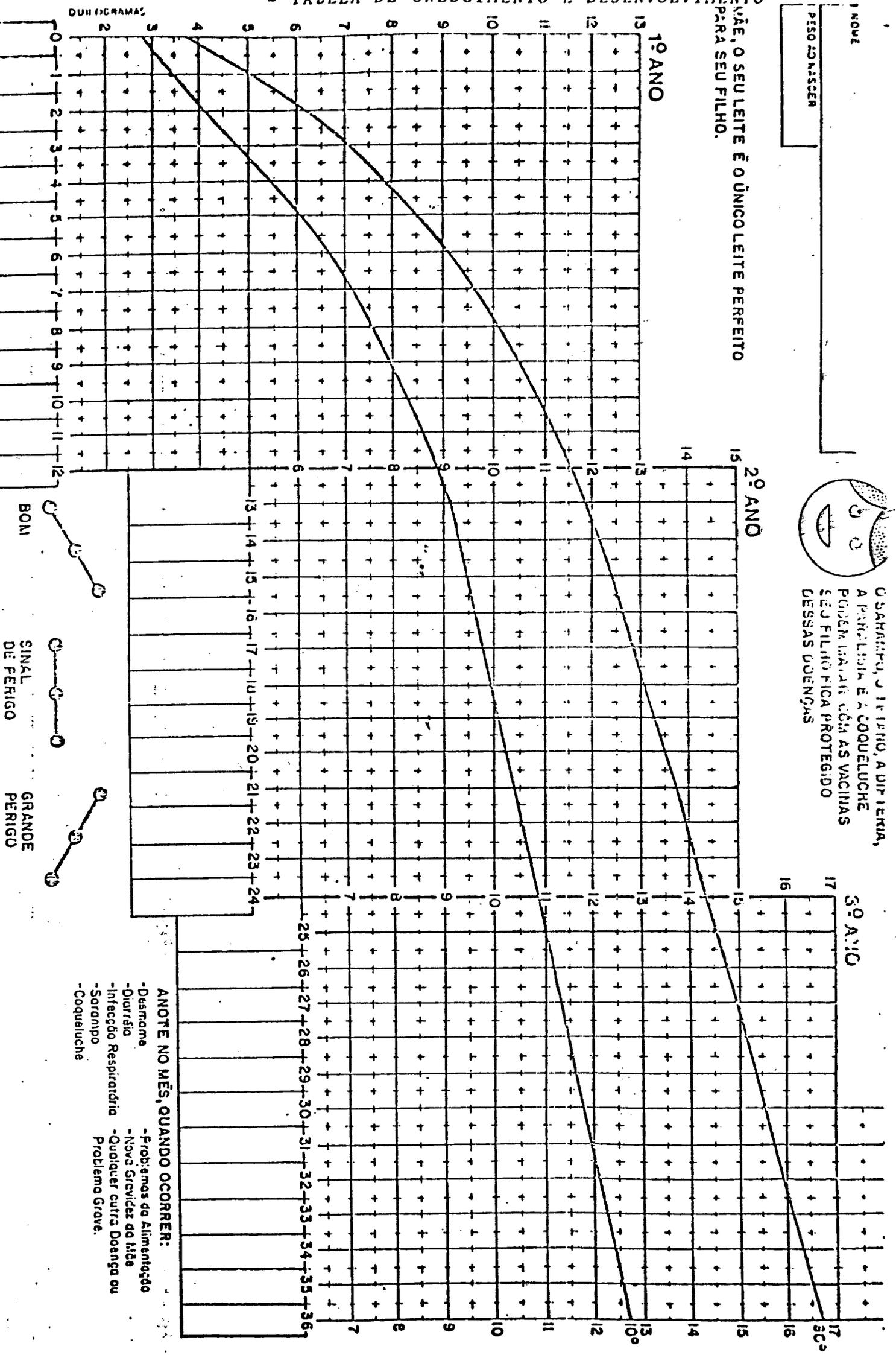
TABELA DE CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO

UVÃE, O SEU LEITE É O ÚNICO LEITE PERFEITO PARA SEU FILHO.

Nome: _____
Peso ao nascer: _____



O SARAMPO, O TETANO, A DIFTERIA, A PARALISIA E A COQUELUÇHE PODEM MATAR O CHAMAS VACINAS SEU FILHO FICA PROTEGIDO DESSAS DOENÇAS



ANOTE NO MÊS, QUANDO OCORRER:

- Desmame
- Diarria
- Intecção Respiratória
- Sarampo
- Coqueluche
- Problemas de Alimentação
- Nova Gravidez da Mãe
- Qualquer outra Doença ou Problema Grave.

CONTROLE DE PESO

O período que vai desde a concepção até os 5 anos de idade é de maior importância para o crescimento e desenvolvimento do ser humano, devido a alta velocidade, ritmo, intensidade e vulnerabilidade desse processo.

A curva do peso por idade, é o indicador de crescimento mais comumente utilizado.

A pesagem e o registro do peso nas fichas de peso por idade são os métodos mais usados para acompanhar e supervisionar o crescimento das crianças, pois, constituem forma clara de identificação dos problemas de nutrição e saúde. Estas fichas fornecem uma representação gráfica do peso de acordo com a idade da criança.

A seguir, serão citados alguns dos benefícios proporcionados pelo uso correto da ficha de crescimento e desenvolvimento.

Fornece a idéia sobre:

- Crescimento da criança, com ênfase na direção da curva de crescimento, em vez do peso da criança em relação a qualquer padrão particular.
- O estado de saúde da criança, em termos de doença e de nutrição.
- Utilização ou intervenções preventivas no cuidado da saúde

AValiação DO CRESCIMENTO

A avaliação do crescimento será feita a partir do indicador peso para idade (P/I). A pesagem deve ser realizada em balança precisa, tarada e adequada ao tamanho da criança. Embora a antropometria seja uma técnica relativamente simples, exige bom treinamento

e procedimento padronizado.

O gráfico de crescimento utilizado contém duas curvas ao referido padrão.

- Superior- percentual 90%
- Inferior- percentual 10%

Para avaliação do crescimento considerar:

- a. Posição do peso no gráfico em relação as curvas.
- b. Inclinação do traçado do crescimento da criança construído por duas tomadas de peso sucessivas, em determinado intervalo de tempo.

O acompanhamento do desenvolvimento deve ser feito sistematicamente até os cinco anos de idade, uma vez que ele traduz o crescimento, integridade e maturidade do sistema nervoso central (SNC), além da interação da criança com o seu meio ambiente.

DESNUTRIÇÃO

É um estado crônico e/ou calórico-protéico no qual o organismo apresenta desaceleração, interrupção ou involução da evolução normal de seus parâmetros: bioquímicos, funcionais e anatômicos.

A desnutrição caracteriza-se essencialmente por três processos:

- 1- Diluição- a diluição do organismo (maior percentagem de água por quilo de peso corpóreo) é um dos mais precoces.
- 2- Disfunção- alterações funcionais que caracterizam a dissergia, com ênfase no desenvolvimento neuro-psico-motor.
- 3- Depleção- fenômeno relativo à diminuição da massa corpórea, com desaceleração no crescimento.

CAUSAS DA DESNUTRIÇÃO: dieta, infecções, fatores psicológicos, situação sócio-econômica, insuficiente produção de alimentos, padrões culturais, nutrição materna e desmame.

ALIMENTOS ACESSÍVEIS E SEUS NUTRIENTES:

A vida do indivíduo depende do equilíbrio entre o que o organismo gasta e o que recebe. O organismo gasta energia para construir células e tecidos durante o crescimento e para repor as contínuas perdas de água, sais minerais, células e tecidos que os constituem.

Da mesma forma, o organismo utiliza energia para respirar, movimentar-se, manter-se aquecido ou desempenhar qualquer outra função vital.

Sem alimento, portanto, não há vida.

Os alimentos são agrupamentos de substâncias chamadas princípios nutritivos ou nutrientes. Estes são: proteínas, hidratos de carbono (açúcares), gorduras, vitaminas, sais minerais e água.

Cada um dos princípios nutritivos tem funções bem definidas e insubstituíveis. O valor dos alimentos depende dos princípios nutritivos que eles contêm.

PROTEINAS

O principal material de construção de células e de tecidos, podem também fornecer energia.

As proteínas são encontradas na carne de boi, porco, carneiro, cabrito, aves e peixes; também são encontradas nos ovos, leite e derivados. Nas leguminosas: feijão, soja, lentilhas, etc.

HIDRATOS DE CARBONO

São os nutrientes responsáveis pelo fornecimento de energia ao organismo. São encontrados nos doces, açúcar-de-cana, farinha de trigo, milho e mandioca, arroz, batata-doce e inglesa, aipim, etc.

GORDURAS

Completam a ação dos hidratos de carbono, fornecendo energia. servem de veículos a certas vitaminas. São encontradas nos óleos vegetais, toucinho, banha, manteiga, nozes, amendoim, etc.

VITAMINAS

Regulam os processos orgânicos e promovem o bom aproveitamento dos outros nutrientes. Encontram-se principalmente nas frutas, verduras, legumes, no leite, ovos, fígado, óleo de fígado de peixe.

SAIS MINERAIS

Fazem parte deste grupo: ferro, cálcio, fósforo e outros. Entram na composição de certos tecidos e, como as vitaminas, regulam os processos orgânicos. Encontram-se nas carnes, frutas, verduras e legumes.

ÁGUA

Regula a temperatura corporal e entra na composição de todas as células e líquidos do organismo. Tem função construtora e reguladora.

COMO APROVEITAR MELHOR OS ALIMENTOS

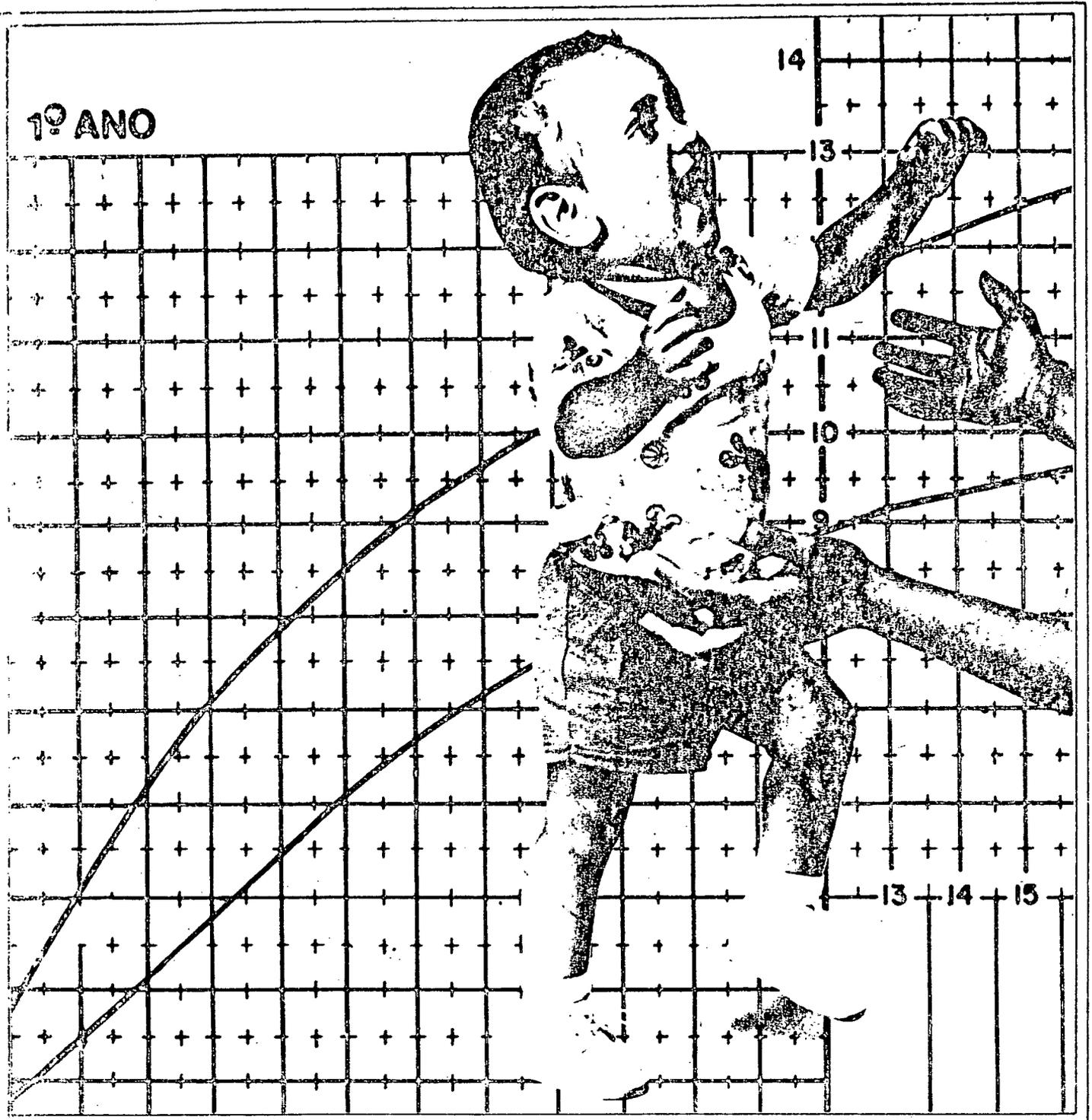
-Casca de ovo, moída e misturada com a comida, podem fornecer o cálcio necessário.

-Folhas de batata-doce, beterraba, couve-flor, feijão, ervilha e abóbora podem ser secadas, transformadas em pó e misturadas com a comida.

-Cozinhar as verduras, arroz e outros alimentos com pouca água e não cozinhá-los demais, aproveitar a água para tomá-la ou fazer sopas.

MINISTÉRIO DA SAÚDE - INAN
INSTITUTO NACIONAL DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

INSTITUTO NACIONAL DE
ASSISTÊNCIA MÉDICA DA
PREVIDÊNCIA SOCIAL - INAMPS



Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento

AÇÕES BÁSICAS NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA

Ministro da Saúde
Waldyr Mendes Arcoverde

Secretário Geral
Mozart de Abreu e Lima

Presidente do Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição
(INAN)
Bertoldo Kruze Grande de Arruda

Secretária de Programas Básicos (INAN)
Ana Maria Segall Correa

Coordenadora do Grupo Saúde da Criança (INAN)
Neyde Glória Garrido

Ministro da Previdência e Assistência Social
Jarbas Gonçalves Passarinho

Secretário Geral
Jofran Fréjat

Presidente do Instituto Nacional de
Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS)
Aloysio de Salles Fonseca

Secretário de Medicina Social (INAMPS)
João José Cândido da Silva

Diretor, Promoção de Saúde Individual (INAMPS)
Ney Mauro de Brito Fonseca

Coordenador de Programas Especiais (INAMPS)
Antonio Paulo de Menezes Filho

APRESENTAÇÃO

Ainda que incompletas, as estatísticas de morbidade e mortalidade disponíveis são unânimes em apontar o binômio desnutrição-infecção como o principal responsável pela manutenção das desfavoráveis condições de saúde que caracterizam a população infantil brasileira.

Complexos encadeamentos de fatores usualmente precedem o aparecimento da desnutrição e da infecção na criança. No Brasil, tais encadeamentos surgem sobretudo em razão das condições gerais de vida, particularmente adversas, em que crescem e se desenvolvem consideráveis parcelas de nossa população infantil, indicativas de que a reversão do quadro desfavorável atual depende, fortemente, do sucesso da estratégia global de desenvolvimento do país, incluídas aí diferentes políticas setoriais.

Embora reconhecendo o alcance limitado de ações executadas a nível da assistência à saúde infantil, é inegável que as mesmas devam ser prioritariamente desenvolvidas em nosso meio, no limite máximo de suas possibilidades. Esta tem sido a política seguida pelo Ministério da Saúde: ensejar a maximização do alcance da assistência à saúde, sem abdicar do entendimento pleno de todos os seus determinantes.

Maximizar o alcance da assistência à saúde infantil no Brasil significa tanto estender a cobertura dos serviços de saúde a frações da população ainda não beneficiadas, quanto aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde

mais prevalentes e relevantes.

Uma das estratégias adotadas pelo Ministério da Saúde, visando incrementar a resolutividade dos serviços de saúde, é a de identificar e priorizar ações básicas de saúde que possuam comprovada eficácia no controle dos mais relevantes problemas de saúde e que envolvam reduzida complexidade tecnológica.

Tais ações, no caso específico da assistência infantil, recebem a denominação de "Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança" e devem constituir-se no elemento nucleador da assistência a ser prestada em toda a rede básica de serviços de saúde.

Os Manuais que, nesta oportunidade, estão sendo apresentados, para os quais contamos com a valiosa cooperação do Unicef e da Organização Pan-Americana da Saúde, envolvem cinco ações básicas: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, aleitamento materno e orientação para o desmame, controle de doenças diarreicas, controle de infecções respiratórias agudas e controle de doenças preveníveis por imunização.

Cada um dos Manuais procura, de modo simples e direto, definir e justificar o conteúdo das referidas ações, normatizar seus procedimentos e padronizar as condutas que delas decorrem. Objetivam, basicamente, oferecer um material adequado para a capacitação de recursos humanos, sem a qual não se poderá garantir à população o pleno atendimento a seus direitos de saúde.

SUMÁRIO

- Apresentação
- Introdução
- Normas gerais
- Atendimento à criança
- Avaliação do crescimento
- Acompanhamento do desenvolvimento
- Temas:
- Pesagem das crianças de 0 a 5 anos de idade
- Consulta clínica individual
- Orientações para identificar e recuperar crianças desnutridas
- Tabelas de perímetro cefálico e de dentição



1. INTRODUÇÃO

O período que vai desde a concepção até os 5 anos de idade é da maior importância para o crescimento e desenvolvimento (C.D.) do ser humano, devido à alta velocidade, ritmo, intensidade e vulnerabilidade desse processo.

Nos países em desenvolvimento, os fatores ambientais que influem sobre o crescimento e desenvolvimento – nutricionais e infecciosos – são os principais responsáveis pelo grande número de crianças que não realizam o seu potencial genético e contribuem de forma significativa para o aumento das taxas de mortalidade na primeira infância.



O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança tem sido usado em várias partes do mundo com muito sucesso, por apresentar inúmeras vantagens: é uma metodologia universal, culturalmente aceitável, simples, econômica, não traumática e que propicia a fácil identificação de crianças de risco, permitindo, além de uma intervenção precoce, a alocação de recursos para grupos prioritários.

Entende-se como **acompanhamento do crescimento e desenvolvimento** ações de saúde que visam, dentro de um calendário mínimo de observações periódicas, avaliar e assistir o processo de crescimento e o desenvolvimento através de:

- Obtenção periódica e padronizada de informações que caracterizam esse processo.
- Registro e interpretação das informações obtidas diante de um apropriado padrão de referência.
- Buscas de fatores explicativos de eventuais deficiências encontradas.
- Assistência contínua na promoção do crescimento e do desenvolvimento, seja assegurando a manutenção de condições favoráveis, seja possibilitando a correção de fatores capazes de comprometê-lo.

Neste Manual estão contidas as normas gerais e procedimentos para a execução do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. Destina-se aos profissionais que atuam em serviços que prestam assistência à criança.

Espera-se que a implantação ou o aprimoramento dessa atividade seja um elemento desencadeador de uma melhor organização da assistência à criança menor de 5 anos, tendo o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento como atividade que integra os demais componentes do elenco de ações básicas na assistência integral à saúde da criança.

2.1. CAPTAÇÃO DA CLIENTELA

- Estabelecer uma eficiente comunicação com as Maternidades no sentido de captar precocemente a clientela infantil, com especial atenção à criança com peso de nascimento menor de 2.500 g.
- Informar e orientar a comunidade sobre a importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, utilizando os meios de comunicação disponíveis.



2.2. INSCRIÇÃO

A inscrição deverá constar de:

- Registro da criança na Unidade.
- Abertura de um prontuário para anotação de todos os atendimentos feitos à criança.
- Preenchimento de dados de identificação da criança no cartão individual que deverá ficar com a mãe.



2.3. CALENDÁRIO DE ATENDIMENTO

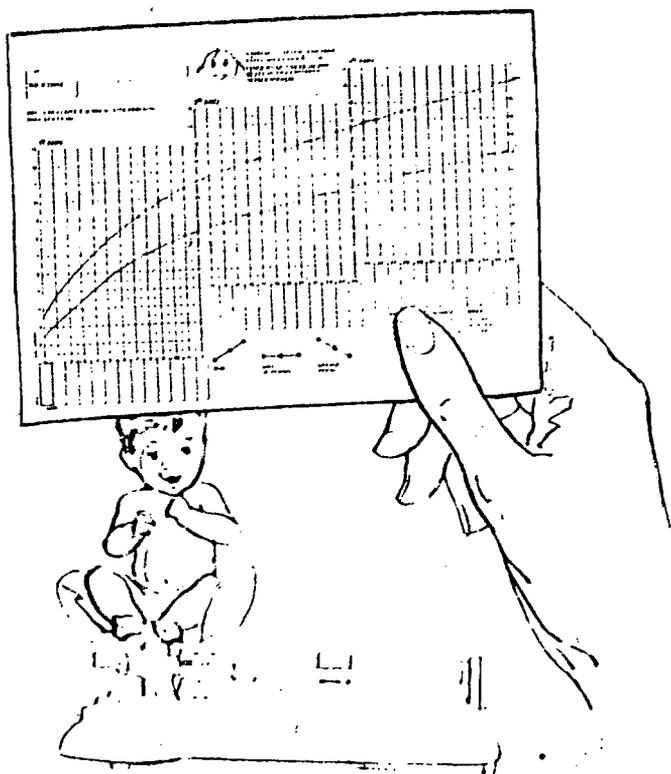
Concentração Mínima de Consultas para a Assistência à Criança nas Unidades de Saúde

CONCENTRAÇÃO \ IDADE	MESES								ANOS		
	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5
1.º ANO	■	■	■	■	■	■	■	■			
2.º ANO							■	■			
3.º ANO									■		
4.º ANO										■	
5.º ANO											■

Estas datas foram selecionadas para permitir que, num mesmo atendimento, a criança se beneficie de um maior número de ações, como a avaliação do C.D., vacinação, incentivo ao aleitamento materno e introdução de alimentos de desmame.

Neste calendário, deverão ocorrer, necessariamente, modificações nas seguintes situações:

- Crianças até 6 meses de idade com:
 - Peso de nascimento < 2.500 g.
 - Desmame precoce.
- Déficit de crescimento ou problemas de desenvolvimento.
- Patologia crônica ou aguda que demande acompanhamento especial.



4. AVALIAÇÃO DO CRESCIMENTO

A avaliação do crescimento será feita a partir do indicador peso para idade (P/I). A pesagem deve ser realizada em balança precisa, tarada e adequada ao tamanho de criança. Embora a antropometria seja uma técnica relativamente simples, exige bom treinamento e procedimento padronizado.

Para cada sexo, o P/I é usado tomando-se como referência as curvas de peso desenhadas a partir dos dados do Centro Nacional de Estatísticas de Saúde Norte-Americano (NCHS).

O gráfico de crescimento utilizado contém duas curvas do referido padrão:

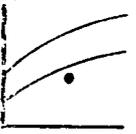
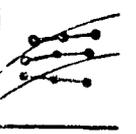
- Superior – percentil 90^o
- Inferior – percentil 10^o

O gráfico estará desenhado no cartão individual da criança, que ficará de posse da mãe, e no prontuário do serviço de saúde.

Para avaliação do crescimento, considerar:

- a) Posição do peso no gráfico em relação as curvas.
- b) Inclinação do traçado do crescimento da criança construído por duas tomadas de peso sucessivas, em determinado intervalo de tempo.

INTERPRETAÇÃO DO GRÁFICO

Verificação do Peso	Observação e Conduta
a) Posição do peso em relação às curvas no gráfico:  1. Peso entre as curvas superior e inferior.	1. Peso satisfatório. Seguir o calendário mínimo de consultas.
 2. Peso abaixo da curva inferior.	2. Crianças de risco. Realizar nova consulta com intervalo máximo de 30 dias, observando a inclinação do traçado (item b) do crescimento.
b) Inclinação do traçado em pesagens consecutivas:	
 1. Traçado ascendente com inclinação pelo menos semelhante à da curva inferior do gráfico (↗).	1. Crescimento satisfatório. Seguir o calendário mínimo de consultas.
 2. Traçado descendente (↘), horizontal (↔), ou ascendente com inclinação persistentemente menor do que a da curva inferior do gráfico (↗).	2. Crescimento insatisfatório: <ul style="list-style-type: none"> • Verificar possíveis causas com atenção especial para o desmame, deficiência alimentar, intercorrências infecciosas, e procurar corrigi-las. • Acompanhar a criança em intervalos mensais. • Em casos de necessidade, referir para o médico ou serviço de maior complexidade.

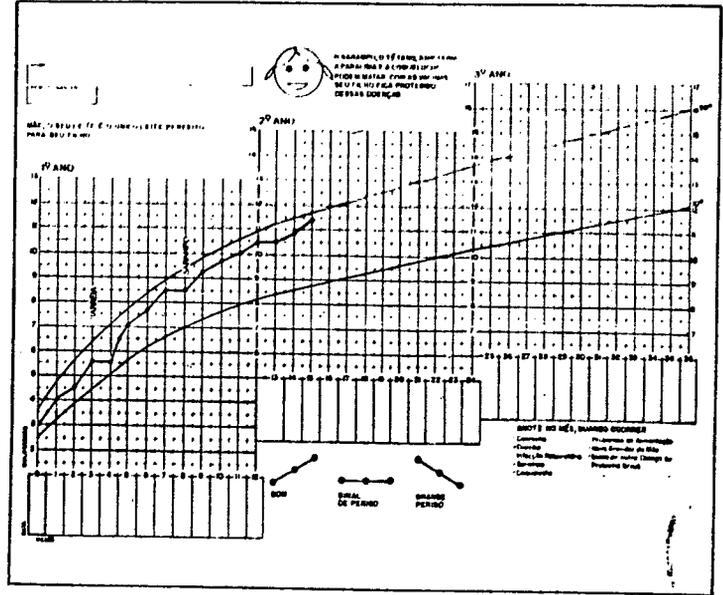
3. ATENDIMENTO À CRIANÇA

Em cada atendimento, conforme o calendário mínimo preestabelecido, deverão ser realizadas as seguintes atividades:

- Tomada de peso e anotação do valor no prontuário. Registro nos gráficos de crescimento do prontuário e do cartão que fica com a mãe.
- Consulta clínica individual,



- realizada preferencialmente pelo médico.
- Avaliação do crescimento e desenvolvimento.
- Anotação, no cartão, das intercorrências patológicas e eventos importantes ocorridos com a criança. Esta anotação deve ser feita no espaço correspondente à data da consulta situada acima da curva superior.
- Orientação à mãe sobre a saúde da criança e os cuidados relativos àquele momento.



Estas atividades deverão ser desempenhadas por profissional capacitado. De acordo com a disponibilidade e nível de complexidade do serviço, podem ser realizadas por equipe multidisciplinar.



ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

O acompanhamento do desenvolvimento deve ser feito sistematicamente até 5 anos de idade, uma vez que ele traduz o crescimento, integridade e maturidade do sistema nervoso central (SNC), além da interação da criança com o seu meio ambiente.

Referência: modelo simplificado de ficha de acompanhamento do desenvolvimento, para triagem em nível primário.

Parâmetros: marcos do desenvolvimento motor e social-adaptativo.

Instrumentos de avaliação:

Objetos usuais da sala de exame.

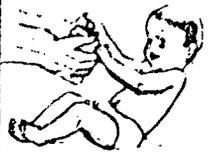
PROCEDIMENTOS

1. A avaliação do desenvolvimento deve ser realizada no decorrer da consulta clínica.
2. A criança deve estar confortável e alerta. Os bebês devem ser examinados no intervalo entre as mamadas.
3. A ficha de acompanhamento do desenvolvimento deverá ficar no prontuário da criança.
4. O examinador anotará sua observação no espaço correspondente à idade da criança e ao marco do desenvolvimento esperado, de acordo com o código: P = Presente
A = Ausente
NV = Não-verificado

CONDUZA

Observação:	Recomendação:
1. Presença das respostas esperadas para idade.	1. Desenvolvimento satisfatório. Seguir o calendário mínimo de consulta.
2. Falha em alcançar algum item do desenvolvimento para idade.	2. Reavaliar o(s) item(s) na consulta seguinte: <ul style="list-style-type: none"> • Investigar a situação ambiental da criança, relação afetiva com a mãe, oferta de estímulos. • Orientar a mãe para brincar e conversar com a criança durante os cuidados diários.
3. Persistência do atraso por mais de duas consultas.	3. Procurar diagnosticar patologias que afetam o SNC ou que comprometem o desenvolvimento, como doenças crônicas. Se presentes e necessário, referir a criança para serviço especializado. No caso de desnutrição e/ou de privação social, ensinar à mãe técnicas simplificadas de estimulação essencial. Reavaliar a cada 30 dias.

TADE ACOMPANHAMENTO DO DESENVOLVIMENTO

ÉPOCA DA CONSULTA	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)					IDADE (ANOS)				
		11	12	15	18	21	2	3	4	5	6
1 mês	 <p>Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro) Postura fletida para cima, pernas e braços flexíveis. Olha para a pessoa que a observa</p>										
2 meses	 <p>Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente. Sorrir espontaneamente Fixa e acompanha objetos em seu campo visual</p>										
4 meses	 <p>Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça, apoiando-se no antebraço. Alcança e pega objetos pequenos. Emite sons vocaliza</p>										
6 meses	 <p>Levantada pelos braços, ajuda com o corpo. Segura e transfere objetos, de uma mão para outra. Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro.</p>										
9 meses	 <p>Senta-se sem apoio. Arrasta-se ou enclumba. Responde diferentemente a pessoas familiares e estranhas.</p>										
12 meses	 <p>Anda com apoio. Faz gestos com a mão e cabeça (de tchau, de não, bate palmas, etc.). Emprega pelo menos 1 palavra com sentido.</p>										
ÉPOCA DA CONSULTA	MARCOS DO DESENVOLVIMENTO (Resposta Esperada)	IDADE (MESES)					IDADE (ANOS)				
18 meses	 <p>Anda sozinha; raramente cai. Combina pelo menos 2 palavras. Tira meias e sapatos.</p>										
2 anos	 <p>Corre e/ou sobe degraus baixos. Em companhia de outras crianças, brinca isoladamente. Diz seu próprio nome</p>										
3 anos	 <p>Fica sobre um pé momentaneamente. Usa frases. Veste-se com auxílio</p>										
4 anos	 <p>Pula sobre um só pé. Brinca com outras crianças. Reconhece mais de 2 cores.</p>										
5 anos	 <p>Pula alternadamente com um e outro pé. Veste-se sozinha. Perde ajuda quando necessário.</p>										

P - Presente

A - Ausente

NV = Não-verificado

ANEXOS**I. PESAGEM DAS CRIANÇAS DE 0 A 5 ANOS DE IDADE**

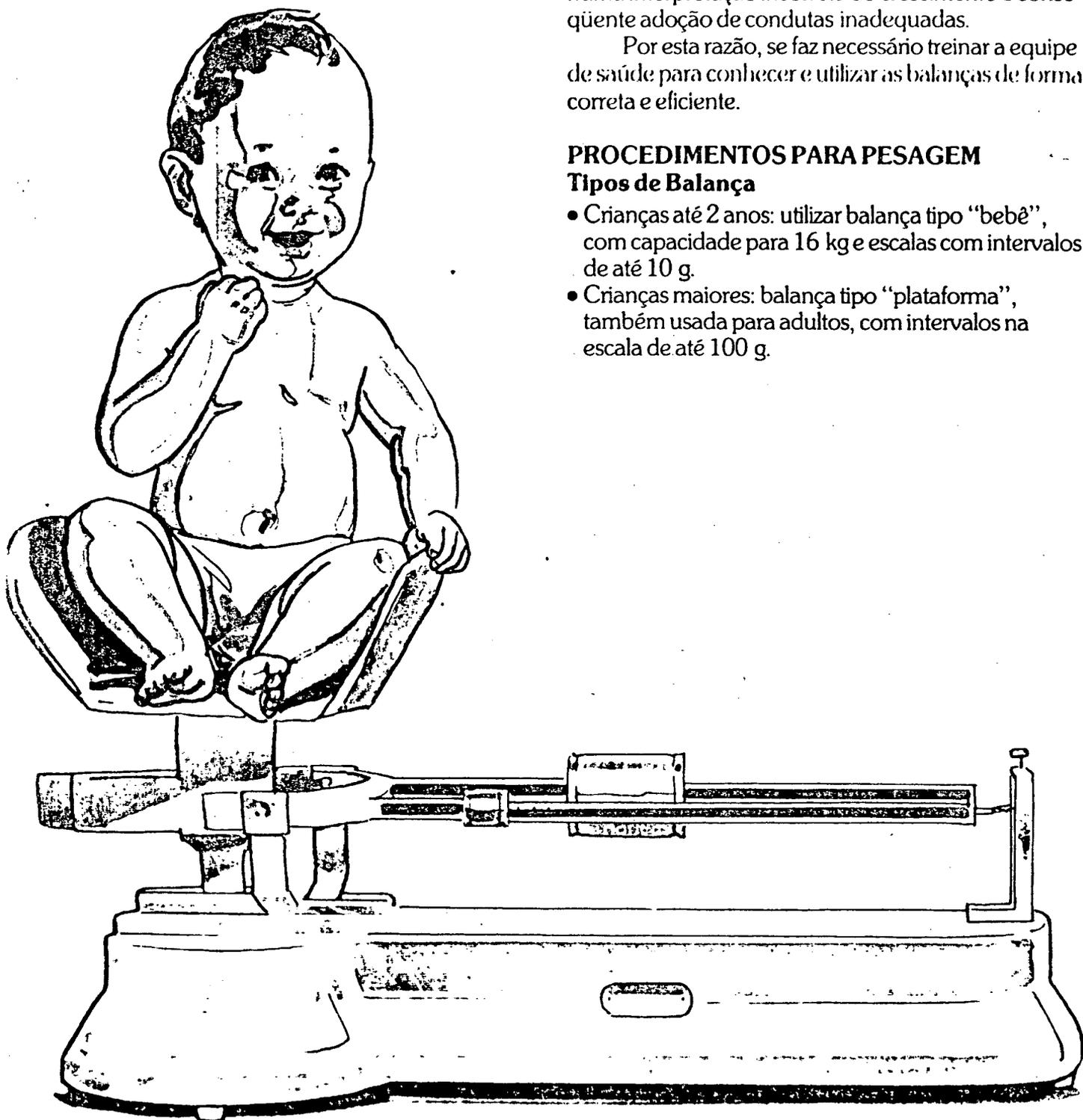
Peso para idade (P/I) é, provavelmente, a forma mais simples de avaliação do crescimento e do estado nutricional da criança pequena.

Como todas as medidas antropométricas, a tomada de peso está sujeita a um maior número de erros se não for padronizada, resultando em diferenças que, embora pequenas, podem redundar numa interpretação incorreta do crescimento e consequente adoção de condutas inadequadas.

Por esta razão, se faz necessário treinar a equipe de saúde para conhecer e utilizar as balanças de forma correta e eficiente.

PROCEDIMENTOS PARA PESAGEM**Tipos de Balança**

- Crianças até 2 anos: utilizar balança tipo "bebê", com capacidade para 16 kg e escalas com intervalos de até 10 g.
- Crianças maiores: balança tipo "plataforma", também usada para adultos, com intervalos na escala de até 100 g.

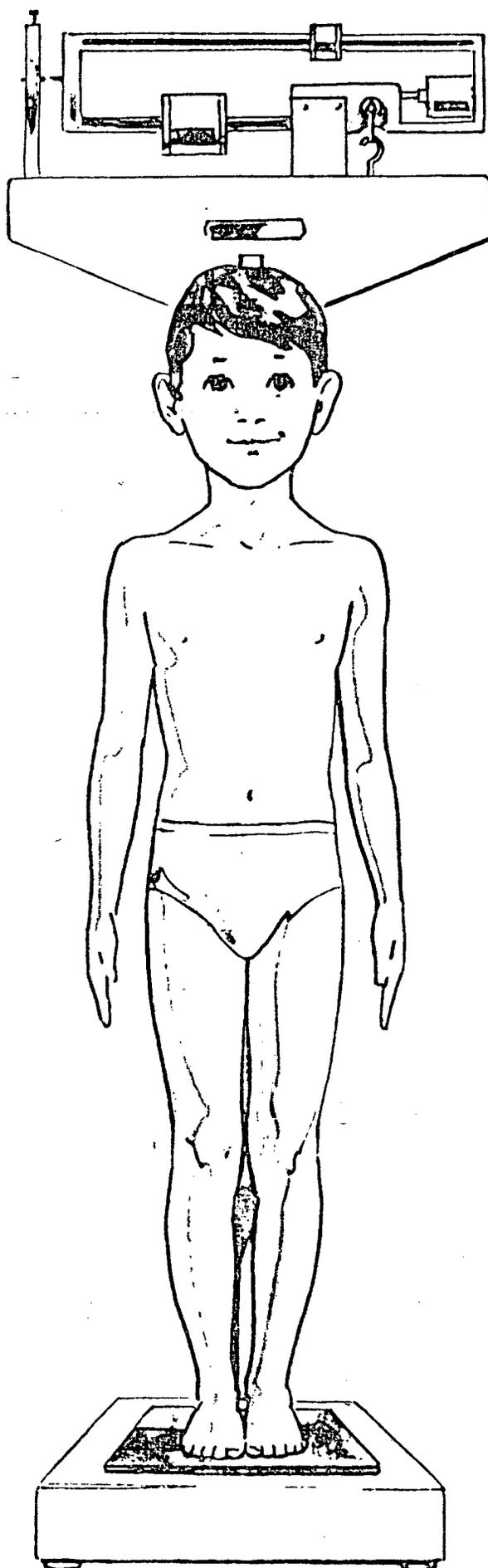


Aplica-se às balanças mais comumente usadas Filizola e similares:

- A criança deve estar completamente despida e descalça. As maiores de 2 anos podem permanecer com calcinhas ou shorts.
- A balança deve ser colocada em local plano, afastada da parede e colocada a uma altura que permita uma boa visualização da escala.
- Destruavar e tarar a balança antes de toda e qualquer pesagem.
- Colocar a criança pequena deitada ou sentada no meio do prato da balança. A criança maior deve ser colocada em pé, no centro da plataforma, com os braços estendidos ao longo do corpo.
- Mover o marcador maior do 0 (zero) da escala até um determinado ponto que evidencie mais peso que o peso real da criança (o braço da balança se inclina para baixo).
- Mover o marcador maior em sentido contrário e, se necessário, o marcador menor, até haver equilíbrio entre o peso evidenciado na escala e o peso da criança (o braço da balança em linha reta).
- Ler o peso da criança em quilos (kg) na escala maior e em gramas (g) na escala menor.
- Anotar o peso na folha do prontuário e registrá-lo nos gráficos de crescimento (do prontuário e do cartão da criança), ligando este ponto ao anterior e completando, assim, o traçado de crescimento da criança.



- Colocar novamente o marcador no ponto 0 (zero) da escala e travar a balança após cada pesagem.





I. CONSULTA CLÍNICA INDIVIDUAL

. PRIMEIRA CONSULTA

A primeira consulta deverá ser feita no primeiro comparecimento ao serviço e, de preferência, realizada pelo médico. Não sendo possível, ela poderá ser realizada por outro profissional e o médico verá a criança na visita subsequente.

1. Motivo da Consulta

Interrogatório sobre o motivo da consulta, queixas clínicas e razão da referência quando existir.

.2. Antecedentes Familiares

Perguntar idade e estado de saúde dos pais, irmãos, familiares próximos, principalmente no que se refere a doenças hereditárias, infecto-contagiosas, estado nutricional. Verificar óbitos ocorridos entre os irmãos, no primeiro ano de vida.

.3. Antecedentes Fisiológicos e Patológicos

Indagar sobre as condições de gestações, parto, nascimento, peso ao nascer, patologias neonatais, doenças e internações anteriores, e vacinações recebidas.

4. História Alimentar

Interrogar sobre aleitamento materno, padrão, frequência, possíveis dificuldades da mãe durante aleitamento.

Nas crianças desmamadas, interrogar sobre frequência, quantidade e qualidade das refeições, especificando tipo e preparo dos alimentos e forma de crescimento da criança. Indagar também sobre época e tipo de alimentos usados para desmame.

.5. Situação Ambiental

Perguntar onde a criança permanece a maior parte do dia, quem cuida da mesma, brincadeiras com outras crianças, etc.

.6. Exame Físico

O exame físico deverá ser feito com a criança completamente despida, dando-se ênfase à avaliação do estado nutricional. Utilizar técnica semiótica adequada à idade, devendo constar da mesma um exame de todos os órgãos e sistemas. Nas crianças menores de 1 ano, verificar a velocidade do crescimento da cabeça e erupção dos dentes.

7. Avaliação do Crescimento

Analisar a curva de crescimento. Utilizar outras medidas antropométricas, como altura, idade e perímetro cefálico sempre que possível.

8. Avaliação do Desenvolvimento

Preencher e analisar a ficha para o acompanhamento do desenvolvimento.

1.9. Avaliação Final

Ao final do exame, deve-se fazer:

- avaliação do crescimento e do estado nutricional;
- avaliação do desenvolvimento;
- avaliação da situação das vacinas;
- diagnóstico de patologias, quando existirem.

1.10. Condutas

A cada item de avaliação final deve corresponder uma conduta específica. Prescrever tratamento, sempre que necessário, utilizando preferencialmente medicamentos fornecidos pela CEME.

1.11. Orientações

Estas orientações podem ser dadas de forma individual ou coletiva. Orientar sobre a curva de crescimento, estimulação da criança, aleitamento natural, dietas, vacinação, noções básicas de higiene pessoal e do ambiente.

1.12. Referência

Referir para outros serviços de saúde, sempre que necessário, enfatizando o retorno à Unidade.

1.13. Agendamento

Marcar retorno conforme calendário, ou antecipar a próxima consulta, se houver necessidade.

2. CONSULTAS SUBSEQUENTES

- Revisar a consulta anterior.
- Analisar o progresso da criança na curva de crescimento.
- Analisar o desenvolvimento psicomotor.
- Interrogar sobre queixas clínicas desde a última consulta.
- Realizar exame físico sumário, dirigido para o estado nutricional e queixas principais da criança.
- Orientação, referência e marcação de retorno: o mesmo que da primeira consulta.



III. ORIENTAÇÕES PARA IDENTIFICAR E RECUPERAR CRIANÇAS DESNUTRIDAS

I. DIAGNÓSTICO DO ESTADO NUTRICIONAL

IDADE	CRITÉRIOS
a) Até 6 meses: Interrogar sobre o peso ao nascer.	Serão consideradas desnutridas as crianças que apresentarem: <ul style="list-style-type: none"> • Peso, ao nascer, acima da curva inferior e peso atual abaixo desta curva. • Peso, ao nascer, desconhecido ou menos de 2.500 g, e peso atual abaixo da curva inferior com traçado de crescimento horizontal (—) ou descendente (↘) observado em intervalo de 15 a 30 dias.
b) Entre 7 e 24 meses:	<ul style="list-style-type: none"> • Peso atual abaixo da curva inferior e traçado horizontal (—) ou descendente (↘) no intervalo de 30 dias.
c) Entre 25 e 60 meses:	<ul style="list-style-type: none"> • Peso atual abaixo da curva inferior e traçado de crescimento horizontal (—) ou descendente (↘) observado em intervalo de 60 a 90 dias.

CLASSIFICAÇÃO

Quanto à intensidade, usar gráfico com curvas de percentis 97°, 90°, 50°, 10°, 3° (5 curvas).
 Peso(s) entre os percentis 10° e 3°:
 - Desnutrição leve ou moderada.

- Peso(s) abaixo do percentil 3°:
- Desnutrição severa.

CRITÉRIOS DE ALTA

IDADE	CRITÉRIOS
a) Até 24 meses:	1. Peso igual ou acima do percentil 10° ou linha de crescimento em ascensão por um período de 12 meses.
b) Maiores de 24 meses:	2. Peso igual ou acima do percentil 10° ou linha de crescimento em ascensão por um período de 6 meses.

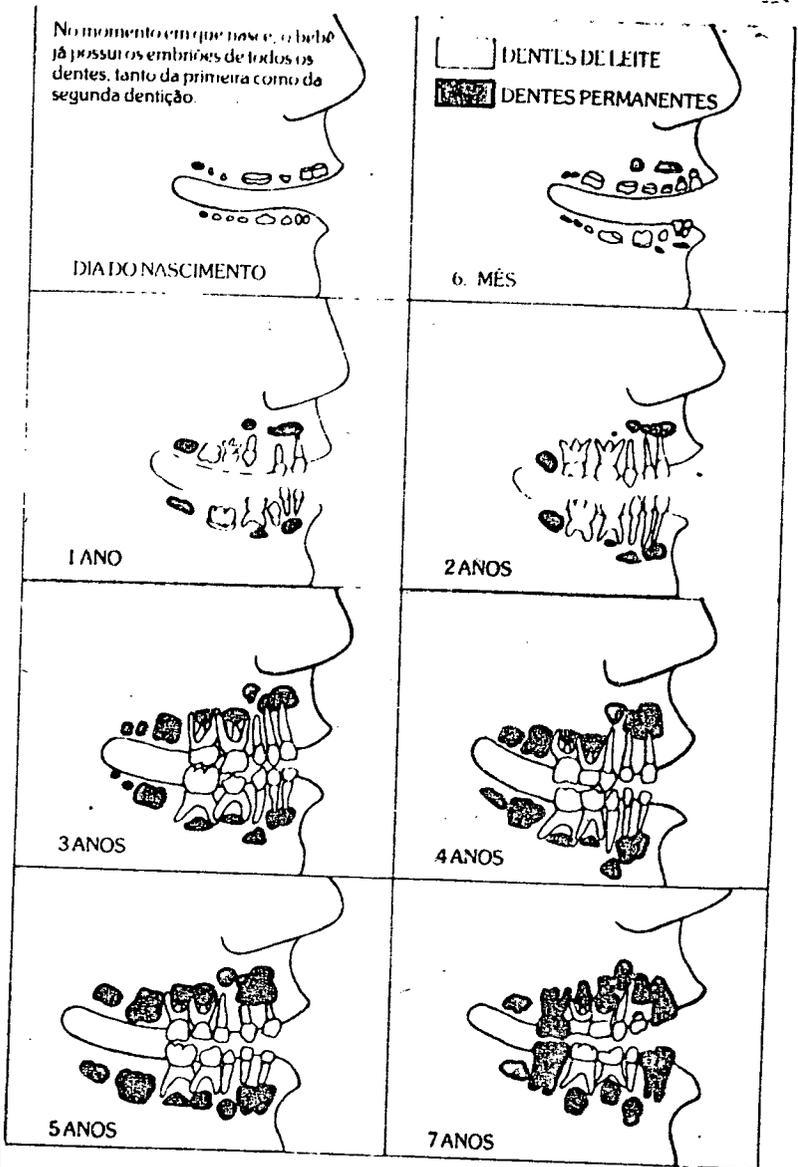
RECOMENDAÇÕES GERAIS

Crianças até 4 meses em processo de desmame, averiguar os problemas que estão causando lactação insuficiente e/ou tentar relactação. Identificar e tratar patologias associadas, como infecção, parasitoses, anemia e hipovitaminose A. Fazer avaliação do desenvolvimento e ensinar à mãe técnicas simplificadas de estimulação do desenvolvimento psicomotor. Orientar as mães sobre o valor dos alimentos, higiene pessoal e preparo das refeições.

- Incluir a criança na atividade de suplementação alimentar – PNS – sempre que este recurso estiver disponível, principalmente aquelas classificadas como desnutridas severas (traçado de crescimento abaixo do percentil 3°).
- Padronizar cardápios para recuperação do desnutrido, respeitando os hábitos alimentares, as condições sócio-econômicas e a disponibilidade local de alimentos.

V. TABELAS DE PERÍMETRO CEFÁLICO (NCHS) E DENTIÇÃO

IDADE	SEXO FEM. (cm)	SEXO MASC. (cm)
0	34,3	34,8
1 mês	36,4	37,2
2 meses	39,5	40,6
6 meses	42,4	43,8
9 meses	44,3	45,8
12 meses	45,6	47,0
18 meses	47,1	48,4
24 meses	48,1	49,2
30 meses	48,8	49,9
35 meses	49,3	50,5



Referência: Mãe e Filho - Cartilha de Puericultura
 Pedro de Alcântara, Eduardo Marcondes
 e Dulce Marcondes
 Ed. Almed

RODEIO DE VISITA DOMICILIAR

1. IDENTIFICAÇÃO:

2. OBJETIVO:

3. REVISÃO DO CONHECIMENTO (Encontra-se em anexo)

4. PLANO:

5. EXECUÇÃO:

6. AVALIAÇÃO:

Revisão do Conhecimento

(Para ser usado nas visitas domiciliares p/ faltosos de vacinas, conforme item 3 do Roteiro de Visita Domiciliar).

Existem várias vacinas. cada uma serve para combater um tipo de doença. Algumas vacinas são dadas em uma só dose e outras em duas ou mais doses. Para que a criança fique protegida, deve receber todas as doses, e mais as de reforço, no tempo indicado.

Dentro de cada vacina existe um micróbio que produz aquela doença. Nas gotinhas da SABIN, por exemplo, o micróbio da paralisia infantil. Sé que o micróbio que está na vacina está morto ou enfraquecido de uma maneira que ele não pode mais produzir a doença, e sim estimular a produção de anticorpos, que será a proteção contra a doença.

Estão citadas a seguir as doenças e suas vacinas:

POLIOMELITE

Doença aguda provocada por vírus, de gravidade variável. Pode manifestar-se em qualquer idade. Atinge o SNC, sendo, portanto, meningo-encéfalo-mielite.

Se transmite por contato direto, via oral, e nas épocas endêmicas por via oral e fecal.

VACINA SABIN

- Tipo de antígeno - vírus vivo atenuado
- Conservação - em geladeira, fora do congelador, na temperatura de 4 a 8°C.
- Via de aplicação - oral
- Prazo de validade - O frasco de vacina, uma vez aberto, deve ser utilizado no prazo máximo de 7 dias.
- População a ser vacinada - crianças de 2 a 4 anos.
- Dose - 1 dose (2 gotas) corresponde a 0,2 ml.
- nº de doses: 3 doses com intervalo de 2 meses entre cada dose, 1 dose de reforço 1 ano após a 3ª dose.
- Reações - A vacina não apresenta reações ou efeitos colaterais
- Medidas a serem tomadas - Se a criança apresentar vômito logo após ou até 2 horas depois da aplicação da vacina, deverá ser administrado mais 1 dose, não contando com a primeira, pois foi desprezada através do vômito.
- Casos em que a vacina deverá ser adiada:
 - a) Por ocasião de doenças febris;
 - b) Nas crianças com vômitos e diarreia;
 - c) Na vigência de tratamento com agentes imunossupressores, corticosteróides, ra

dooterapia, alquilantes.

d) Após a administração de gama globulina, devemos adiar a aplicação da vacina por dois meses.

- Observação - O líquido da vacina que apresentar modificação na coloração original ou revelar presença de flocos ou grumos, deve ser desprezado.

DIFTERIA (CRUPE)

É uma doença infecciosa aguda, caracterizada principalmente por inflamação da faringe e das porções altas das vias respiratórias

Sua transmissão, geralmente ocorre, pelo contacto com o doente ou portador. Transmissão direta por perdigotos de secreção orofaríngea (espirros, tosse, fala) e através de objetos contaminados por secreções do doente.

COQUELUCHE (TOSSE COMPRIDA)

É uma doença infecciosa aguda bacteriana, comum na infância, altamente contagiosa que compromete predominantemente o trato respiratório.

A transmissão se dá por contato direto através de gotículas de saliva, expelidas pela tosse, espirro ou fala e diretamente por objetos recentemente contaminados.

TÉTANO

É uma doença infecciosa, não contagiosa, causada pela ação de um dos componentes do bacilo Tetânico, que se desenvolve anaerobicamente, em feridas e que produz uma neurotoxina.

A transmissão se dá através da introdução no corpo, por um ferimento, de esporos tetânicos.

Geralmente ocorre por ferimento contaminado ou não; por queimaduras, mordida de animal, principalmente de cachorro e porco, e por introdução de pregos enferrujados.

VACINA TRÍPLICE

- Tipo de antígeno - bactérias mortas Pertussis e toxóides Tetânicos e Diftérico
- Conservação da Vacina - em geladeira, fora do congelador, na temperatura de 4 a 8°C.
- População a ser vacinada - crianças de 2 meses até 4 anos de idade, grupo prioritário: menores de 1 (um) ano.
- Dose - 1 dose corresponde a 0,5 ml

- Nº de doses--- 3 doses com intervalo de 30 a 60 dias entre as doses. 1 ano após a aplicação da 3ª dose, 1 dose de reforço
- Não há limite de intervalo entre as doses, qualquer que seja ele o esquema, poderá prosseguir normalmente.
- Via de aplicação - Intramuscular profunda
- Locais de aplicação: musculatura glútea: no quadrante superior externo
 musculatura da coxa: parte média do músculo Vasto lateral externo da coxa
 Musculatura deltoídea: face externa do braço, aproximadamente a metade da distância entre o ombro e o cotovelo.
- Reações:-
 Gerais: Febre, sonolência, sensação de desconforto ou mal estar de intensidade variável. Geralmente são passageiras, não necessitam de medicação.
 Locais: Dor e rubor no local de aplicação da vacina. Raramente poderá ocorrer encefalite e convulsão.
- Casos em que a vacina deverá ser adiada:
 - . Doenças infecciosas agudas;
 - . Pctes com uso de corticosteróides, antimetabólicos, alquilantes, irradiação;
 - . Estados de acentuada desnutrição, antecedentes com crises convulsivas e erupções cutâneas;
 - . Crianças cujo estado de saúde, a critério médico, contra indique a vacinação.

SARAMPO

É uma doença altamente contagiosa, infecciosa, aguda e de origem viral. No Brasil é uma das principais causas de mortalidade entre crianças menores de 2 anos.

É Transmitido através da respiração, pelos perdigotos da tosse, espirro ou conversação, também por meio de secreções oculares por contato direto.

Indiretamente, pode ser transmitido por objetos contaminados recentemente. Por isso a doença quase sempre aparece como uma pequena epidemia, podendo atingir várias crianças ao mesmo tempo.

VACINA ANTI-SARAMPO

- Tipo de antígeno - vírus vivo atenuado
- Conservação da vacina - em geladeira, fora do congelador, numa temperatura de 2 a 4°C.
- A Vacina anti-sarampo é liofilizada, após sua reconstituição usar no prazo má

ximo de 4 (quatro) horas, desprezando o restante.

- População a ser vacinada - crianças de 9 meses a 3 anos de idade. Grupo prioritário: menores de 1 ano.
- Dose - única, correspondente a 0,5 ml.
- Via de aplicação - Sub cutânea
- Local de aplicação - preferencialmente da face externa da parte superior do braço (região deltoídea).
- Reações:

De 5 a 15% das crianças vacinadas desenvolvem febre alta (39°C), começando 6 dias após a aplicação da vacina e permanecendo mais ou menos por 5 dias.

A erupção cutânea quando ocorre, é em geral benigna, de pequena intensidade e sem distribuição generalizada.

Em alguns casos podem ocorrer reações locais, caracterizada por tumefação e rubor.

- Contra-indicação:-

Mulheres grávidas, pessoas com doenças infecciosas agudas, pessoas hipersensíveis a neomicina, pessoas fisicamente debilitadas, tuberculose em atividade não tratada, pacientes com câncer ou em tratamento com corticosteróides.

TUBERCULOSE

É uma doença infecciosa, causada por bacilos, geralmente infecta os pulmões, porém pode comprometer outros órgãos e tecidos.

Se transmite por exposição ao bacilo, em núcleo de gotículas suspensas no ar (perdigotós) procedentes de espirros e escarros de pessoas contaminadas. A exposição prolongada e contínua a um luso ativo pode produzir infecção por contato. A contaminação indireta se dá por objetos contaminados.

A Tuberculose bovina se transmite pelo leite não pasteurizado e seus derivados.

VACINA BCG

- Tipo de antígeno - bacilo vivo atenuado Calmette e Guérin
- Conservação - Em geladeira, fora do congelador, na temperatura de 2 a 4°C. Quando diluída, vacina BCG - Intra dérmica, somente poderá ser usada no mesmo dia, ou seja, período de validade após a diluição é de 8 (oito) horas, desprezando-se o que sobrou no final do expediente.
- A Vacina perde sua validade quando:
 - . Exposição a luz solar direta ou indireta;

. A Vacina, liofilizada, não diluída, ficar fora da geladeira por prazo superior a 15 dias;

. Se a diluição não for feita em soro fisiológico.

- População a ser vacinada - crianças de 0 (zero) a 5 anos de idade, grupo prioritário: menores de 1 anos.
- Dose - única, correspondente a 0,1 ml.
- Via de aplicação - Intradérmica
- Local de aplicação - Inserção inferior do músculo deltóide (aproximadamente a metade da distância entre o ombro e o cotovelo)
- Reações: Não ocorrem reações gerais. A pápula formada quando da aplicação da vacina transforma-se em poucos dias numa induração, passando para úlcera e crosta. Essa reação local é indolor e benigna e estará cicatrizada dentro de aproximadamente 10 semanas.

Algumas vezes, em virtude de aplicação profunda da vacina ou de dose maior que a recomendada, a cicatrização da úlcera poderá ser retardada e/ou ocorrer enfartamento de gânglios linfáticos, podendo chegar a supuração.

A lesão vacinal não exige cuidados especiais, podendo a pessoa tomar banho normalmente. Não precisa fazer curativo.

- Contra-indicações:

- . Recém nascido com peso inferior ao normal;
- . Estados febris;
- . Recém nascido com trauma obstétrico;
- . Doenças eruptivas e piodermite generalizada;
- . Imunodeficientes ou imunodeprimidos;
- . Convalescença de Sarampo;
- . Queimaduras.

- Observações: As contra indicações podem ser temporárias ou definitivas.

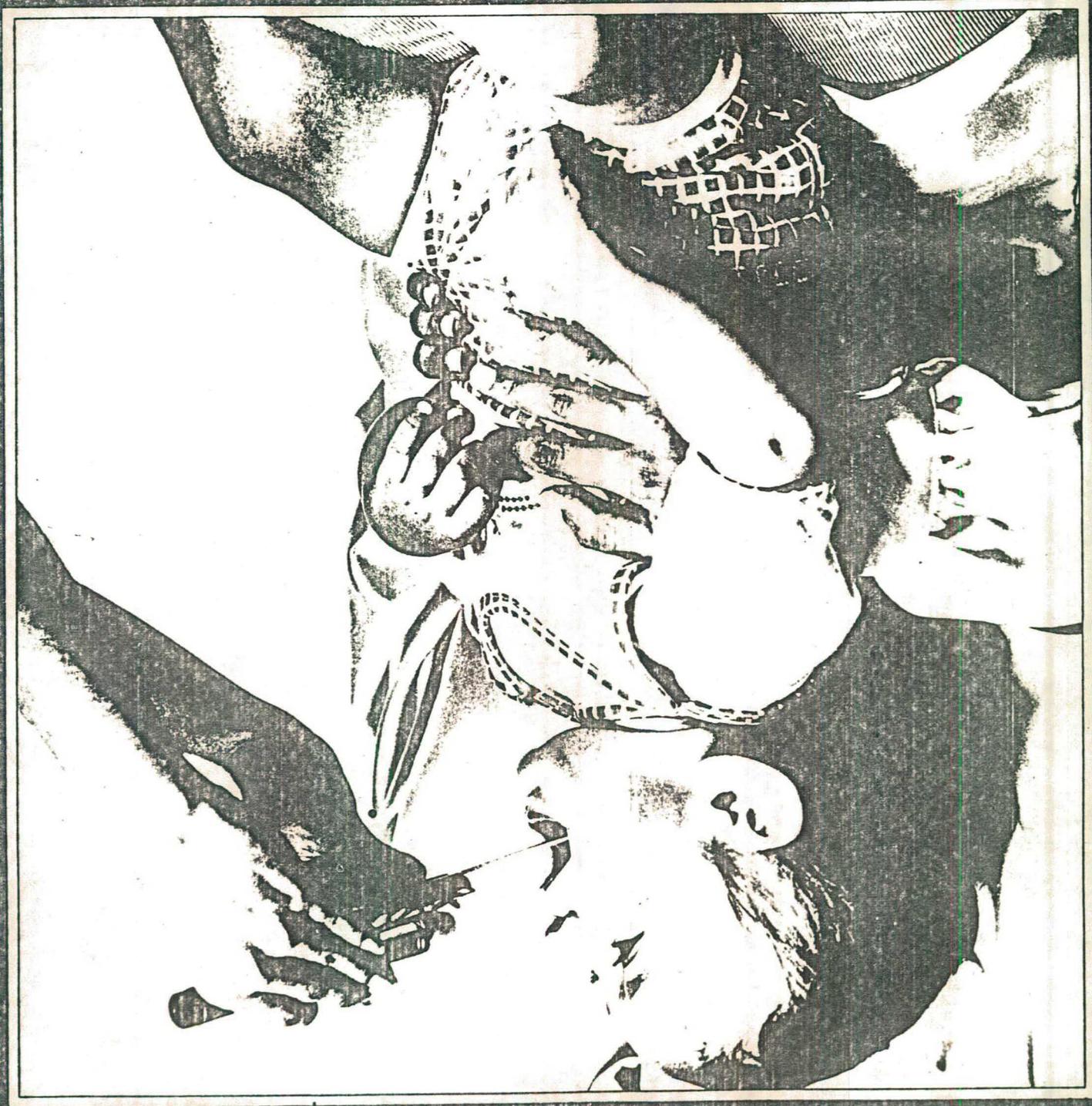
A vacina BCG poderá ser aplicada simultaneamente com outras vacinas, mesmo as de vírus vivos.

ESQUEMA DE VACINAÇÃO

VACINA	Proteção Contra	Idade Para início da Vacinação		Nº de Doses		Intervalo entre as doses (Vacinação Básica)	
		Mínima	Máxima	Básica	Reforço	Mínimo	-Recomendado
Antipólio-Oral SABIN	Poliomielite (Paralisia Infantil)	2 meses	4 anos (59 Meses)	03	1 (um ano após a 3ª dose)	45 dias	2 meses
TRÍPLICE (DPT)	Difteria Coqueluche Tétano	2 meses	4 anos (59 meses)	03	1 (Um ano após a 3ª dose)	30 dias	2 meses
ANTI-SARAMPO	Sarampo	9 meses	4 anos (59 meses)	01	-	-	-
BOG	Tuberculose	ao nascer	14 anos	01	-	-	-

- OBS: 1. Interrupções no esquema acima, independente do tempo transcorrido, não implica reiniciá-lo, basta completar o nº de doses necessárias;
2. A vacinação Básica da criança deverá ser completada durante o primeiro ano de vida;
3. A aplicação simultânea de duas ou mais vacinas é comprovadamente eficaz, sendo recomendada, recomendada quando as condições operacionais a indicarem.

Assistência e Controle
das Intecções Respiratórias
Agudas (IRA)



1. INTRODUÇÃO

A relevância do problema das infecções respiratórias agudas, como agravo à saúde da população brasileira, pode ser vista pela elevada mortalidade que essa doença proporciona, especialmente em crianças com menos de 5 anos.

Por outro lado, pela elevada frequência com que essas infecções acometem a população, chegando a representar 25% da demanda de consultas em serviços de saúde, nas crianças de até 5 anos, determina uma necessidade de atenção que pode saturar a capacidade operacional das Unidades. Acresce que, pelos problemas encontrados no sistema de saúde, um elevado número de crianças é hospitalizado desnecessariamente, bem como faz uso não-recomendável de antibioticoterapia, resultando num custo não inferior a 60 bilhões de cruzeiros, somente em internações, na área previdenciária, em 1983.

A dificuldade de diagnóstico dos quadros clínicos que compõem o mosaico de doenças infecciosas agudas que incidem no aparelho respiratório, assim como o reconhecimento mundial de que o maior número de adoecimentos deve-se à patologia viral, de curso benigno e autolimitado, determina que a abordagem do atendimento se faça pelo grupamento de sinais e sintomas que possibilitem a divisão em quadros leves, moderados e graves.

Isto visa a racionalização das ações e sua hierarquização, o que, em última análise, redundará em maior atenção àquelas formas que necessitem uso de antibióticos, em razão de sua provável etiologia bacteriana, e às que requeiram medidas como o uso de oxigênio e/ou hospitalização.

Este tipo de procedimento médico-assistencial permitirá que a grande maioria dos pacientes possa ser tratada em ambulatório, dispensando o uso de recursos mais complexos, como antibiótico nas formas leves, de etiologia viral.

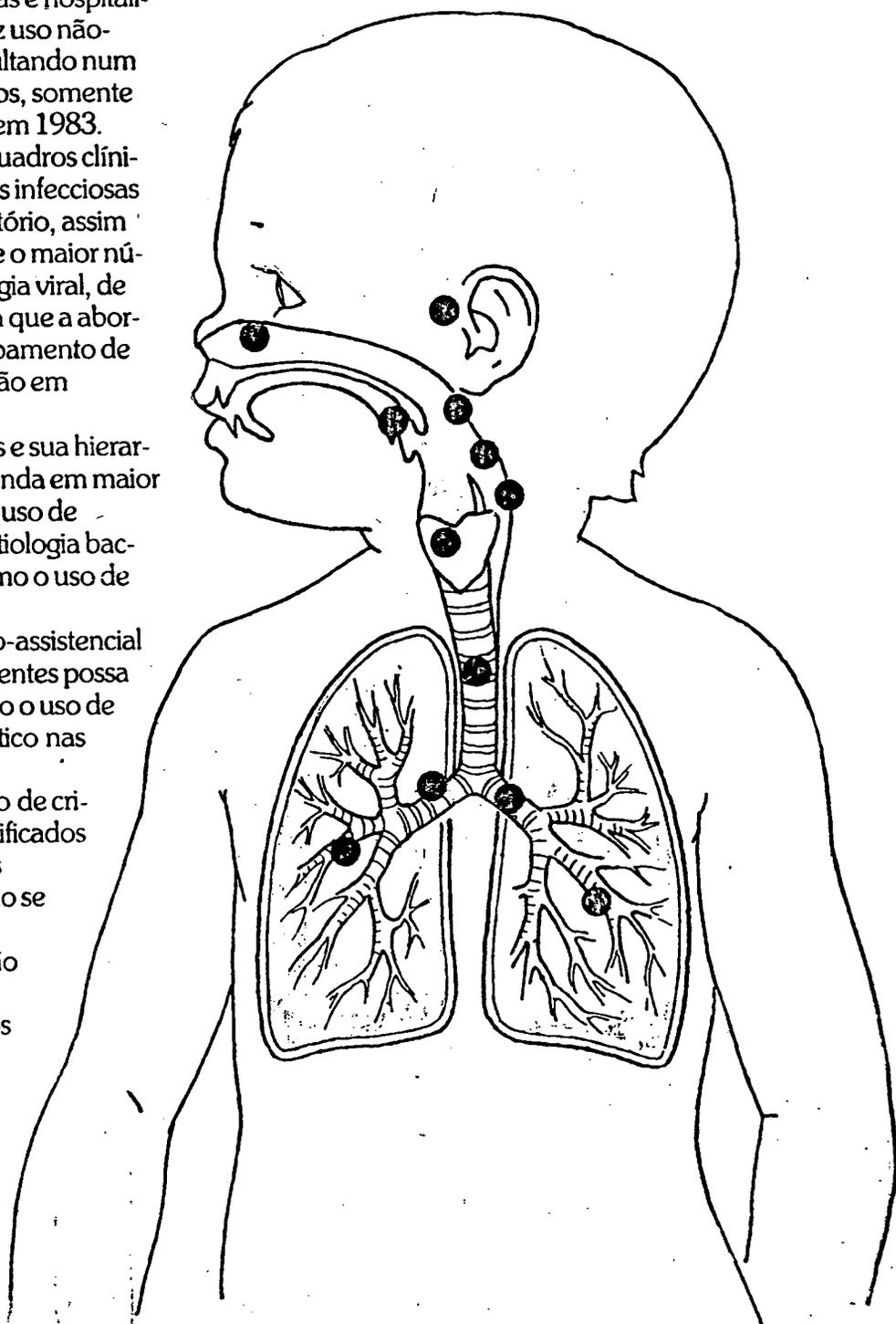
Ao mesmo tempo, a padronização de critérios de diagnóstico e tratamento simplificados e eficientes permitirá o alargamento dos cuidados prestados, mesmo quando não se dispuser de pessoal especializado.

A expectativa resultante da adoção do conjunto de ações contidas neste Manual, através da utilização de recursos tecnológicos disponíveis, é a queda da mortalidade, particularmente nas crianças de baixa idade.

Ao mesmo tempo, o atendimento melhor orientado permitirá maior abrangência, determinando a redução

das internações dispensáveis e tomando mais adequado o uso de antibióticos, com claros benefícios para a população.

Por fim, sabemos que a plena eficiência da aplicação destas normas dependerá do poder resolutivo das unidades de atendimento e da possibilidade de referência e contra-referência de pacientes dentro de um sistema regionalizado de saúde. Estas medidas devem ser adotadas em conjunto com as demais da área materno-infantil, sempre com ampla participação das comunidades.



2. DIAGNÓSTICO DOS CASOS DE IRA A NÍVEL PRIMÁRIO

As IRA compreendem um conjunto de doenças de alta frequência nos serviços de saúde. Verifica-se, assim, a necessidade de se estabelecer rotinas simplificadas para o diagnóstico e tratamento que possam ser adequadas a cada realidade local. Assim, neste Manual, o diagnóstico está fundamentado na observação clínica, isto é, na valorização de alguns sinais e sintomas, gerais ou específicos do aparelho respiratório, que mais frequentemente fazem parte das queixas ou dos achados do exame físico nessas doenças.

CARACTERIZAÇÃO DO CASO DE IRA

Considera-se como caso suspeito de IRA toda criança menor de 5 (cinco) anos, doente até 7 (sete) dias, que apresente um dos sinais a seguir:

TOSSE	
CORIZA	
DOR DE OUVIDO	
OBSTRUÇÃO NASAL	
GARGANTA VERMELHA	
RESPIRAÇÃO RÁPIDA OU DIFÍCIL ATENÇÃO
	Pode ser asma!

NÃO HAVENDO NENHUM DESTES SINAIS, IRA É IMPROVÁVEL.

Havendo apenas respiração difícil com chiado, e se a criança já apresentou sinais semelhantes que regrediram espontaneamente ou com uso de medicamentos, IRA é improvável – asma é provável. (Ver conduta na pág. 10.)

A crise asmática pode estar associada a um quadro infeccioso respiratório agudo e, neste caso, tanto a asma quanto a IRA devem receber o tratamento indicado e, sempre que possível, ser encaminhados para avaliação médica.

3. PROCEDIMENTOS DIANTE DE UM CASO SUSPEITO DE IRA

- Colher informações sobre a história da doença e averiguar se há casos de sarampo, coqueluche, difteria e tuberculose na família ou na comunidade.
- Certificar, através do cartão da criança ou de informação da mãe, se as vacinas estão em dia.
- Examinar a criança, com especial atenção para os seguintes pontos:
 - aspecto da pele – se está úmida, seca, ou se há erupção ou manchas vermelhas;
 - aspecto dos olhos – se estão vermelhos ou com pus;
 - aspecto da garganta – verificar se apresenta vermelhidão, placas purulentas, membranas e pontos brancos (usar lanterna e abaixador de língua);
 - verificar se há dor de ouvido ou secreção purulenta;
 - observar a respiração (se está normal, acelerada ou difícil).
- Verificar temperatura axilar e medir a frequência respiratória.
- Avaliar o estado nutricional (ver Acompanhamento do C.D.) apresentado no Manual de Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Criança.
- Classificar o caso quanto à gravidade (leve, moderado ou grave), utilizando os critérios descritos no quadro a seguir.

A) CLASSIFICAÇÃO DO CASO DE IRA

A classificação é feita a partir dos sinais e sintomas presentes na IRA, segundo critérios prognósticos de benignidade ou de gravidade e de outros fatores associados que interferem na evolução do caso. São eles:

FATOR	CONTRIBUI PARA A BENIGNIDADE	CONTRIBUI PARA A GRAVIDADE
Idade	Superior a 12 meses	Menores de 12 meses ou recém-nascidos
Peso ao nascer	Acima de 2.500 g	Crianças com baixo peso ao nascer (abaixo de 2.500 g)
Estado nutricional	Bom estado nutricional (curva de crescimento e desenvolvimento)	Desnutrição e em especial a de grau III
Estado geral	Bom	Criança com alternância entre prostração e agitação
	Aceitação normal da alimentação ou pouco diminuída	Presença de doença associada como: sarampo, coqueluche, tuberculose e outras (para as quais deverá ser orientada a conduta adequada)
Evolução da doença	Ausência de outras doenças associadas	Presença de diarreia e/ou desidratação que deverá(ão) receber tratamento inicial com soro oral de reidratação
	Doente até 3 dias	Doente há 7 dias ou mais, sem melhora do quadro

Observados os sinais e sintomas que definem o caso com IRA, consultar o Quadro de Classificação de Casos e classificá-los em leve, moderado ou grave.

B) QUADRO DE CLASSIFICAÇÃO DE CASOS

Caso leve: 1 ou mais sinais da coluna I.

Caso moderado: 2 ou mais sinais da coluna II, associados ou não com a coluna I.

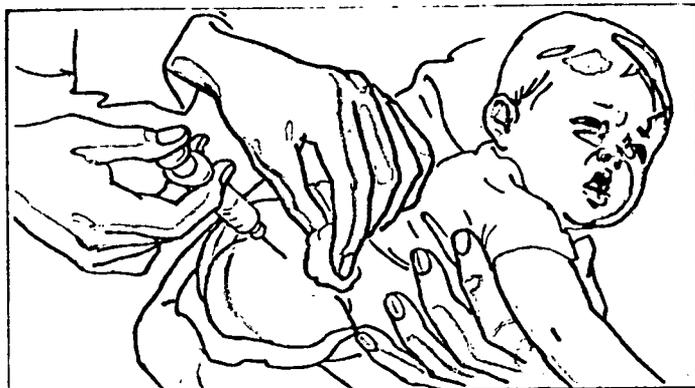
Caso grave: 1 ou mais sinais da coluna III, associados com as colunas I ou II.

I - LEVES	II - MODERADOS	III - GRAVES
OBSTRUÇÃO NASAL	CORIZA PURULENTA	
SECREÇÃO NASAL CLARA		
DOR NA GARGANTA	GARGANTA COM PLACAS PURULENTAS	GARGANTA COM MEMBRANA (DIFTERIA)
ROUQUIDÃO GARGANTA VERMELHA		
	DOR NO OUVIDO OUVIDO COM SECREÇÃO PURULENTA	
TOSSE	TOSSE COM SECREÇÃO PURULENTA TOSSE COM FEBRE MAIOR QUE 39°C	RETRAÇÃO SUBESTERNAL OU INTERCOSTAL
RONQUEIRA		BATIMENTO DE ASAS DO NARIZ
	FREQÜÊNCIA RESPIRATÓRIA MAIOR QUE 50 INCURSÕES POR MINUTO EM MENORES DE 1 ANO E 40 INCURSÕES POR MINUTO DE 1 A 4 ANOS	GEMIDO EXPIRATÓRIO
CHIADO		CIANOSE
FEBRE*		AGITAÇÃO ACENTUADA*
ACEITAÇÃO DA ALIMENTAÇÃO NORMAL OU POUCO DIMINUÍDA		PROSTRAÇÃO ACENTUADA PALIDEZ ACENTUADA

* Abaixo da linha pontilhada do quadro estão indicados os sinais e sintomas gerais que podem interferir na evolução do caso.

4. CONDUTA TERAPÊUTICA PARA OS CASOS DE IRA

Uma vez feita a classificação, o profissional da equipe de saúde capacitado poderá seguir as instruções conforme o caso.



CASO LEVE

- **Para Febre e Dor:**

- Ácido Acetil Salicílico (AAS) – Apresentação: comprimidos de 100 mg.
- 10 a 20 mg/kg quando a criança tiver febre acima de 38°C e em intervalos não menores do que 6 horas.

- Se não houver possibilidade de pesar a criança, use o seguinte esquema:

- até 6 meses: 1/2 comprimido (50 mg).
- 6 meses a 2 anos: 1 comprimido (100 mg).
- 3 a 4 anos: 2 comprimidos (200 mg).

- Banhos mornos e compressas úmidas nas articulações para ajudar a diminuir a temperatura.

- **Para descongestionar o nariz:** soro fisiológico ou solução preparada com uma colher de sobremesa rasa de sal (correspondendo a 9 gramas) em um litro de água fervida.

- Pingar até três gotas em cada narina sempre que necessário.

- **Para Tosse:**

- Chás caseiros são apropriados. É importante aumentar o consumo de líquidos. Procurar não cortar a tosse com uso de antitussígenos e evitar a utilização de xaropes, pois a tosse é importante para eliminação da secreção. Além disso, os xaropes podem ocasionar efeitos colaterais como diarreia, náuseas, irritação dos brônquios, agitação da criança.

- Fazer tapotagem para auxiliar a eliminação das secreções das vias respiratórias.

- O caso leve deverá retornar à Unidade de Saúde se apresentar piora do estado geral.

CASO MODERADO

- Recebe a mesma conduta sintomática do caso leve e, além disso, o antibiótico padronizado da seguinte forma:

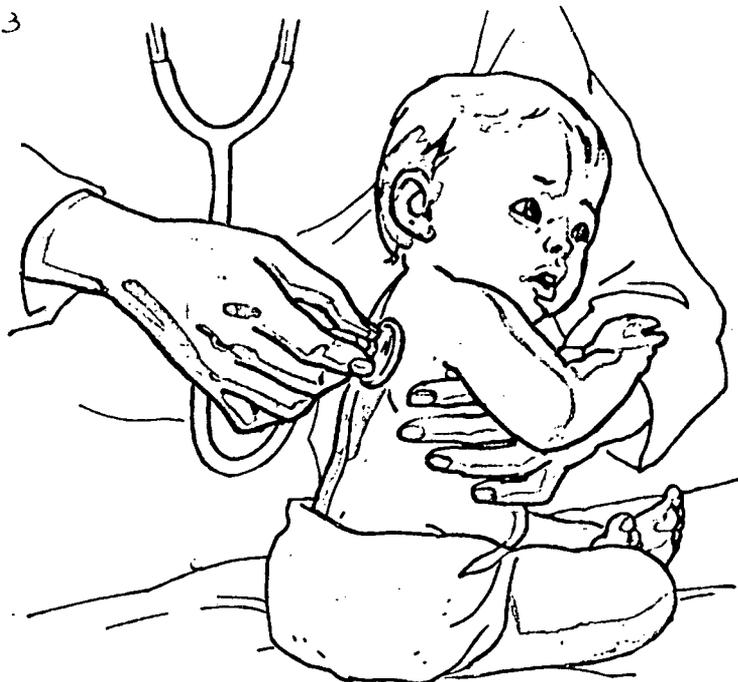
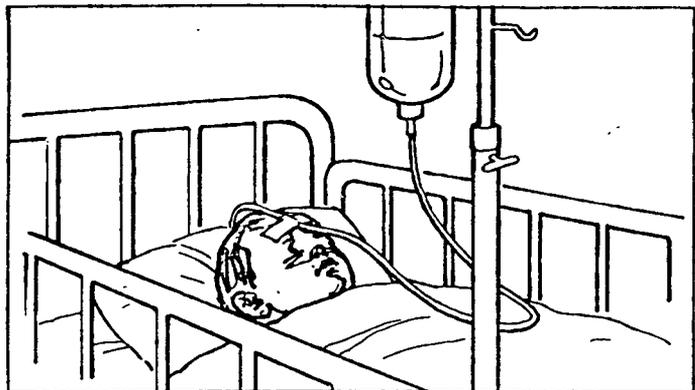
- **Penicilina benzatina:** 300.000 unidades por via intramuscular, em dose única (até 6 meses de idade).

- **Penicilina benzatina:** 600.000 unidades por via intramuscular, em dose única (de 6 meses até 4 anos de idade).

Nos casos em que houver garantia de retorno do cliente à Unidade de Saúde nos dias e horários determinados, pode-se, a critério médico, utilizar, no lugar de penicilina benzatina, **penicilina G procaína** na dose de 50.000 UI/kg/dia por via intramuscular, dividida em tomadas de 12/12 horas por 7 dias no mínimo.

- Os casos moderados contemplam doenças respiratórias do trato superior e do trato inferior. As do trato inferior são reconhecidas através dos seguintes sinais: tosse com secreção purulenta, tosse e febre acima de 39°C e frequência respiratória maior que 50 movimentos por minuto em menores de 1 ano e maior que 40 movimentos por minuto de 1 a 4 anos.

Para alguns destes casos é importante, além da medicação recebida, a utilização de **oxigênio**, que pode ser feita, nas Unidades que dele disponham, do seguinte modo: por cateter nasal, no fluxo de 3 litros por minuto, contínuo, úmido, até que a criança apresente melhora dos sinais: falta de ar, chiado ou cianose. (Ver: Oxigenoterapia.)



CASO GRAVE

- Qualquer membro da equipe de saúde que tenha recebido treinamento pode reconhecer os sinais de gravidade e tomar a decisão de encaminhar ao médico ou de referir para uma Unidade de Saúde com capacidade para resolver o caso.
- Enquanto os casos graves aguardam a remoção para outra Unidade ou hospital, algumas medidas de emergência devem ser tomadas até que a criança venha a receber os cuidados que o caso exija. São elas:
 - Medicação antitérmica, conforme instrução da pág. 8. Caso a criança não possa deglutir, usar dipirona injetável, por via intramuscular, na dose de 10 mg/kg/dose, com o máximo de 1 g nas 24 horas. Cada ml contém 500 mg.
 - Oxigênio umidificado, no fluxo de 3 litros por minuto, contínuo, até que a criança apresente melhora dos sinais como falta de ar, chiado e cianose.
 - Dose inicial de **penicilina procaína**: 50.000 UI/kg/dia, por via intramuscular.
 - Se ocorrer **broncoespasmo**, utilizar **adrenalina 1:1.000**, por via subcutânea, na dose de 0,01 ml/kg/dose, até o máximo de 3 doses com intervalos de 20 minutos. A aplicação de **adrenalina compete exclusivamente ao médico**.
 - O pessoal auxiliar que trabalha em serviços de menor complexidade e que foi treinado, está autorizado a tratar casos leves e moderados e encaminhar para atenção médica os casos graves e os moderados que não apresentem melhora.
 - Utilizar os sais de reidratação oral no caso de diarreias. Estes sais são fornecidos pelo Posto de Saúde. (Ver Manual de Controle das Doenças Diarréicas.)

5. CONSULTAS DE RETORNO

As possibilidades para consulta de retorno são:

- **Casos Leves:** diagnosticados na primeira consulta e que apresentam piora.
- **Casos Moderados:** diagnosticados na primeira consulta e apazados para retornar em 72 horas, ou antes, em caso de piora.

CONDUTA

- Examinar a criança como da primeira vez.
 - Se o caso era leve e houve o aparecimento de sinais e sintomas descritos na coluna Casos Moderados do Quadro de Classificação de Casos, seguir as instruções terapêuticas da pág. 8. Pedir para retornar em 72 horas, ou antes, em caso de piora.
 - Se o caso era moderado, reavaliar o estado da criança. Obter informações sobre a evolução da doença:
 - Se a criança estiver melhorada, deverá ter alta.
 - Se a criança piorar após as 72 horas, deverá ser encaminhada ao médico para medicação de segunda escolha.
- A prescrição de **sulfametoxazol-trimetropim** como medicação de segunda escolha está autorizada apenas ao médico. Na ausência do médico, os casos nos quais forem identificados os sinais de gravidade devem ser encaminhados para o hospital ou para uma Unidade com os recursos necessários para o adequado atendimento.

6. DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DAS IRA COM ASMA

A asma pode ser confundida com IRA ou estar associada com um quadro infeccioso das vias respiratórias. Neste caso, tanto a asma quanto a IRA devem receber o tratamento indicado e, sempre que possível, ser encaminhados para avaliação médica.

Uma criança em crise de asma pode apresentar:

- chiado no peito (broncoespasmo)
- dificuldade para respirar (dispnéia)

Para o diagnóstico, é importante saber se houve crises anteriores semelhantes e se há história de outros casos semelhantes na família.

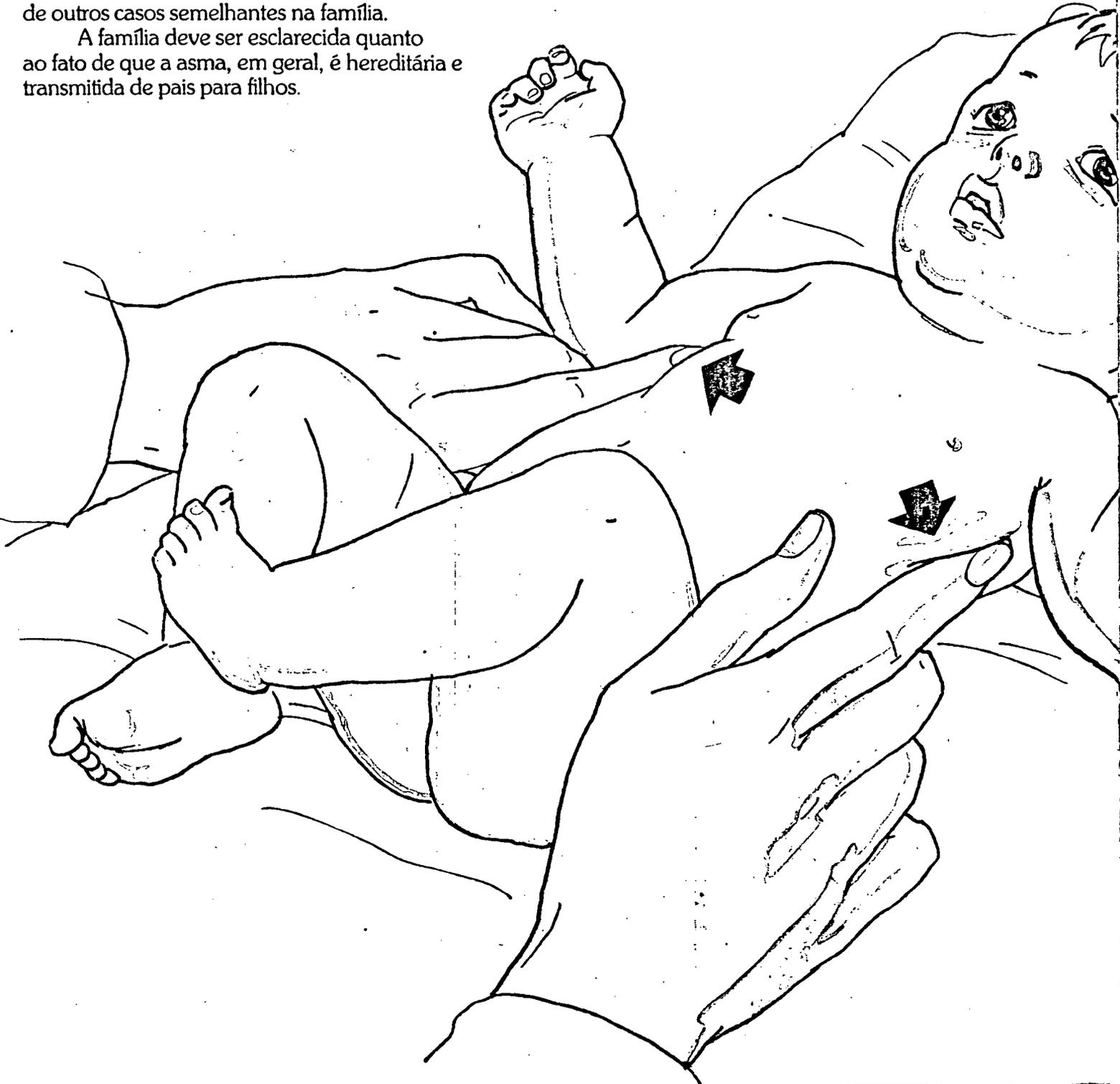
A família deve ser esclarecida quanto ao fato de que a asma, em geral, é hereditária e transmitida de pais para filhos.

Um caso de asma, até ser avaliado adequadamente, deve receber:

- Aminofilina por via oral, na dose de 16 mg/kg/dia. Uma gota corresponde a 10 mg.
- Adrenalina por via subcutânea (ver pág. 9).
- Inalações com medicação broncodilatadora.

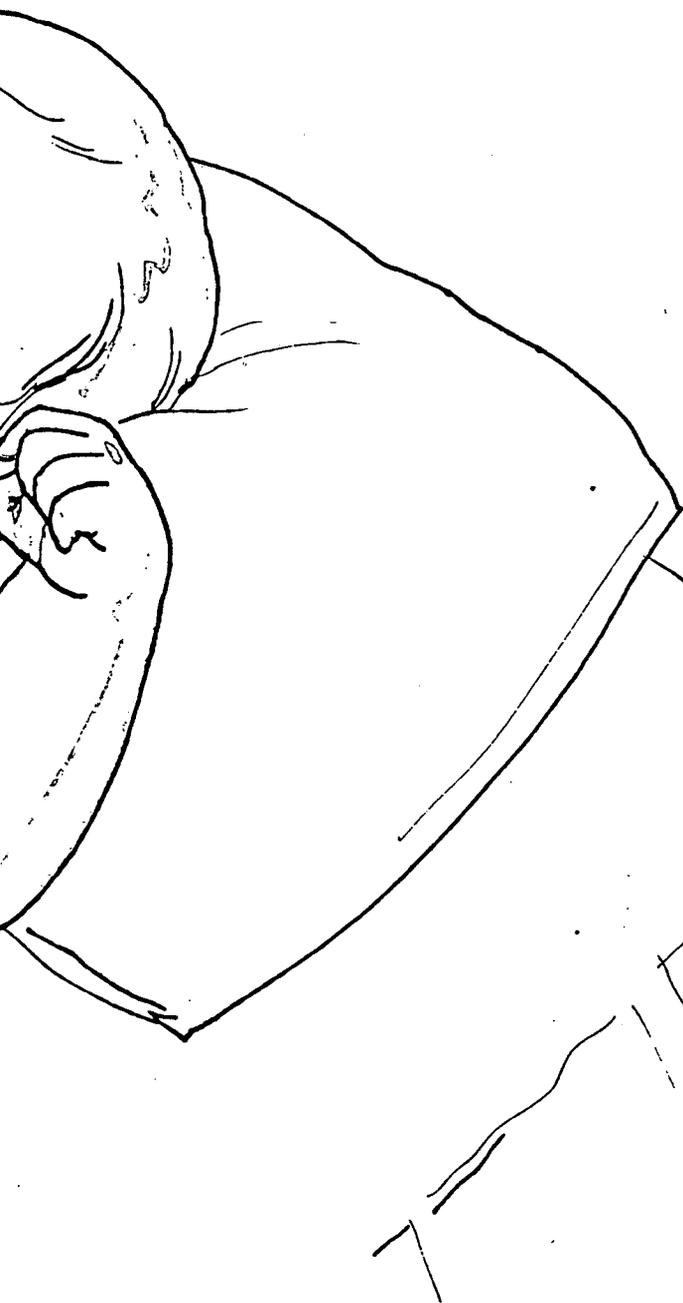
ATENÇÃO:

Sempre deve ser lembrada a possibilidade de aspiração de corpo estranho, porque isso pode provocar um quadro semelhante à asma.



7. CONDUTAS GERAIS

- Para as crianças menores de 1 mês, deve-se adotar a mesma conduta recomendada para os outros casos, tanto para diagnosticar como para tratar. O risco é maior nessa faixa etária e, por isso, deve ser-lhe assegurada maior atenção na consulta diagnóstica e na de retorno para reavaliação.
- É muito importante no atendimento primário, principalmente dos menores de 6 meses, a desobstrução das vias aéreas através da fluidificação das secreções quando necessário, através da hidratação e nebulização. Fazer oxigenoterapia nos casos mais graves. (Ver: Oxigenoterapia.)
- Nas crianças com história de sarampo relatada pela mãe ou erupções cutâneas sugestivas, sem sintomas respiratórios, mas com febre, prescrever medicação antitérmica e orientar quanto à evolução do sarampo. Marcar o retorno para o 5.º dia após o início da erupção, ou antes, se houver sinais e sintomas respiratórios. Quando houver sintomas respiratórios, classificar a criança conforme o Quadro de Classificação de Casos.
- A família e a comunidade devem ser informadas sobre a necessidade de notificar ao serviço de saúde os casos de sarampo, coqueluche, difteria e tuberculose.
- As crianças que apresentarem outro quadro de IRA num espaço de tempo superior a duas semanas, devem ser consideradas um caso novo.
- O pessoal auxiliar que trabalha em serviços de menor complexidade e que foi treinado, está autorizado a tratar casos leves e moderados e encaminhar para atenção médica os casos graves e os moderados que não apresentem melhora.
- O pessoal da Unidade de Saúde deve estar bem informado sobre os Centros de Saúde ou hospitais para onde deverá encaminhar os casos graves, a fim de que tenham tratamento garantido.
- Durante o atendimento de uma criança com IRA, tomar conhecimento se as demais crianças da casa estão em dia com as vacinas básicas. Indicar as providências que julgar necessárias para que completem os esquemas de vacinação.
- As mães ou familiares de clientes com IRA devem ser orientados sobre os pontos que contribuem para melhorar o estado de saúde da criança e sobre os sinais de alerta para que procurem os serviços de saúde. (Ver: Instruções para as Mães e Familiares.)



8. INSTRUÇÕES PARA AS MÃES E FAMILIARES

1) Sobre o Sono e o Repouso

Para facilitar a respiração da criança na hora de dormir, pode-se recomendar os seguintes recursos:

- Elevar a cabeceira da cama, de modo que a criança fique quase sentada – como, por exemplo, colocando tocos de madeira ou tijolos debaixo dos pés da cama (lado da cabeceira) ou ainda colocando o travesseiro no dorso da criança.

- Nas regiões secas, umidificar o ambiente, utilizando recipiente com água ou toalhas, ou ainda panos molhados próximos da criança.
- Fazer vaporização antes de dormir, utilizando vaporizador ou chaleira com água fervendo (colocar na altura do nariz da criança, com uma certa distância para não queimá-la).



2) Sobre a Alimentação e Hidratação

- Manter a alimentação normal da criança, sem forçar. Lembrar que é natural a perda de apetite durante as doenças e que isso melhora com a cura.
- Lembrar que, às vezes, a recusa do alimento é devida à obstrução nasal. Quando necessário, fazer a desobstrução (com solução salina) antes da alimentação.
- Ao oferecer alimentos, manter a criança em posição semi-sentada, para prevenir a aspiração dos alimentos (os alimentos podem ir ao pulmão e sufocar a criança).
- É importante oferecer líquidos à criança frequentemente (chás caseiros, leite, água, etc.), pois previne a de-



hidratação e ajuda a baixar a temperatura.

- Utilizar os sais de reidratação oral no caso de diarreias. Estes sais são fornecidos pelo Posto de Saúde. (Ver Manual de Controle das Doenças Diarreicas.)

3) Sobre a Eliminação das Secreções

- Não se deve utilizar sedativos da tosse ou xaropes para cortar a tosse. A tosse é importante para a eliminação do catarro (secreção). Além disso, os xaropes podem provocar enjôos, vômitos, irritação dos brônquios e agitação da criança.

- Fazer tapotagem na criança 3 vezes ao dia, sempre antes das refeições, do seguinte modo:

- Colocar a criança deitada ou no colo.

- Bater, com as mãos em concha, nas costas da criança.

- Desobstruir o nariz. Ensinar a preparar a solução salina em casa e mandar pingar 3 gotas em cada narina sempre que necessário.



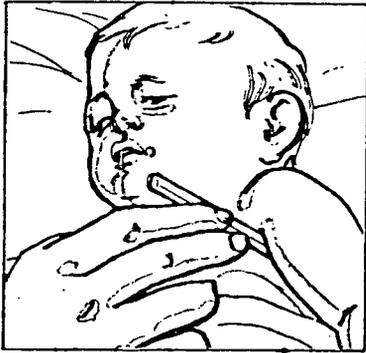
4) Sobre a Higiene

- Não é necessário suspender o banho para a criança com IRA. A higiene da criança deve ser feita diariamente, em todas as partes do corpo. Evitar somente correntes de ar.



5) Sobre a Febre

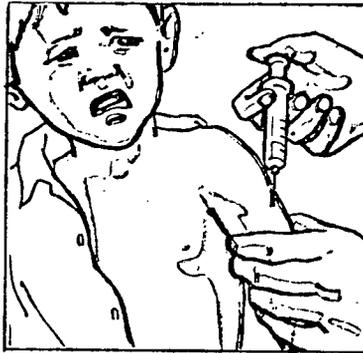
- Não é necessário usar antitérmicos em febres de até 38°C. Fazer apenas banho morno ou frio, durante 3 a 5 minutos.
- Ao notar que a criança está com febre, e não dispondo de termômetro para verificar a temperatura, dar banho frio ou morno, ou colocar compressas frias na cabeça, nas axilas e na região inguinal (virilhas). Estas medidas previnem a febre alta e as convulsões que podem ocorrer.



- Se a criança estiver em uso de AAS, observar o intervalo mínimo de 6 horas entre as tomadas.

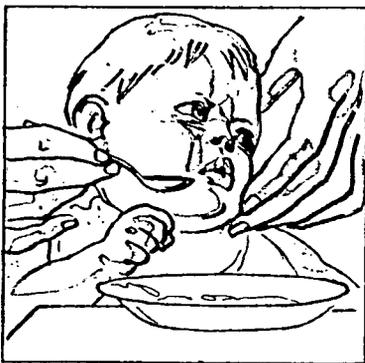
7) Sobre as Medidas Preventivas das IRA

- Esclarecer a mãe sobre as imunizações obrigatórias no primeiro ano de vida. As vacinas contra difteria, coqueluche, sarampo e tuberculose são importantes na prevenção de infecções respiratórias.
- Lembrar que todas as crianças da casa precisam estar em dia com as vacinas.
- Evitar que a criança fique em ambientes poluídos por fumaça causada por fogo e por cigarro. Evitar fumar no local em que se encontram crianças. Sabe-se que a fumaça de cigarros, principalmente, é um fator de aparecimento de doenças respiratórias nas crianças.



6) Sobre a Doença e Tratamento

- Esclarecer sobre o tempo médio de duração das doenças e, sobretudo, da duração de sinais. A febre, por exemplo, muitas vezes só desaparece após 3 a 4 dias de evolução da doença, mesmo com o uso de medicação.
- Esclarecer da necessidade de dar os medicamentos nas quantidades certas e no tempo indicado.
- Orientar sobre a importância das datas de retorno ou a qualquer momento em que a criança apresente estes sinais de gravidade:
 - vômitos persistentes



- recusa da alimentação
- cianose
- agitação ou prostração acentuadas
- frequência respiratória muito aumentada
- persistência de febre acima de 39°C

ANEXO

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

OXIGENOTERAPIA

1. Conceituação

Chama-se oxigenoterapia o tratamento do paciente com oxigênio. Esta terapêutica pode ser feita por cateter nasal, em concentração de oxigênio adaptada à criança.

2. Material

- Bala de oxigênio com:
 - Manômetro (relógio)
 - Frasco para água (destilada ou fervida)
- Tubo de borracha
- Cateter nasal
- Tiras de esparadrapo
- Tiras de pano ou cadarço

3. Preparo do Material

- Adaptar o manômetro e o frasco com água à bala de oxigênio.
- Abrir o registro da bala e o manômetro, a fim de verificar o seu funcionamento, fechando em seguida o registro.

Observação:

Quando a bala está funcionando bem, a saída do oxigênio provoca um borbulhar forte e contínuo e o ponteiro do manômetro deve indicar a quantidade prescrita do oxigênio (3 litros).

- Adaptar o tubo de borracha no manômetro.

4. Cuidados na Administração do Oxigênio

- Verificar os sinais vitais da criança (temperatura, pulso e respiração).
- Medir (com cateter) a distância que vai do nariz até a orelha da criança e fazer uma marca com uma tira de esparadrapo.
- Abrir lentamente o registro do manômetro até o ponteiro chegar ao número 3, que indica a quantidade do oxigênio prescrita de 3 litros por minuto.
- Introduzir o cateter no nariz da criança até a marca do esparadrapo e pedir para alguém manter o cateter fixado.
- Abrir a boca da criança com o auxílio do abaixador de língua. Se o cateter estiver aparecendo, puxar um pouco para fora até que a ponta desapareça.

Este cuidado evita ânsia de vômitos e a provocação da tosse.

- Fixar o cateter no rosto da criança com esparadrapo.

Precaução:

Evitar o escapamento do oxigênio para os olhos, pois pode causar irritações ou lesões maiores.

Observação:

Nas Unidades de Saúde em que for necessária e possível a permanência da criança com oxigênio, por um tempo maior, deve-se:

- Interromper a administração do oxigênio, a cada 2 horas, fazendo com que a criança descanse 10 minutos. Aproveitar este tempo para lavar o rosto da criança.
- Mudar o cateter cada 8 a 12 horas e colocá-lo na outra narina.

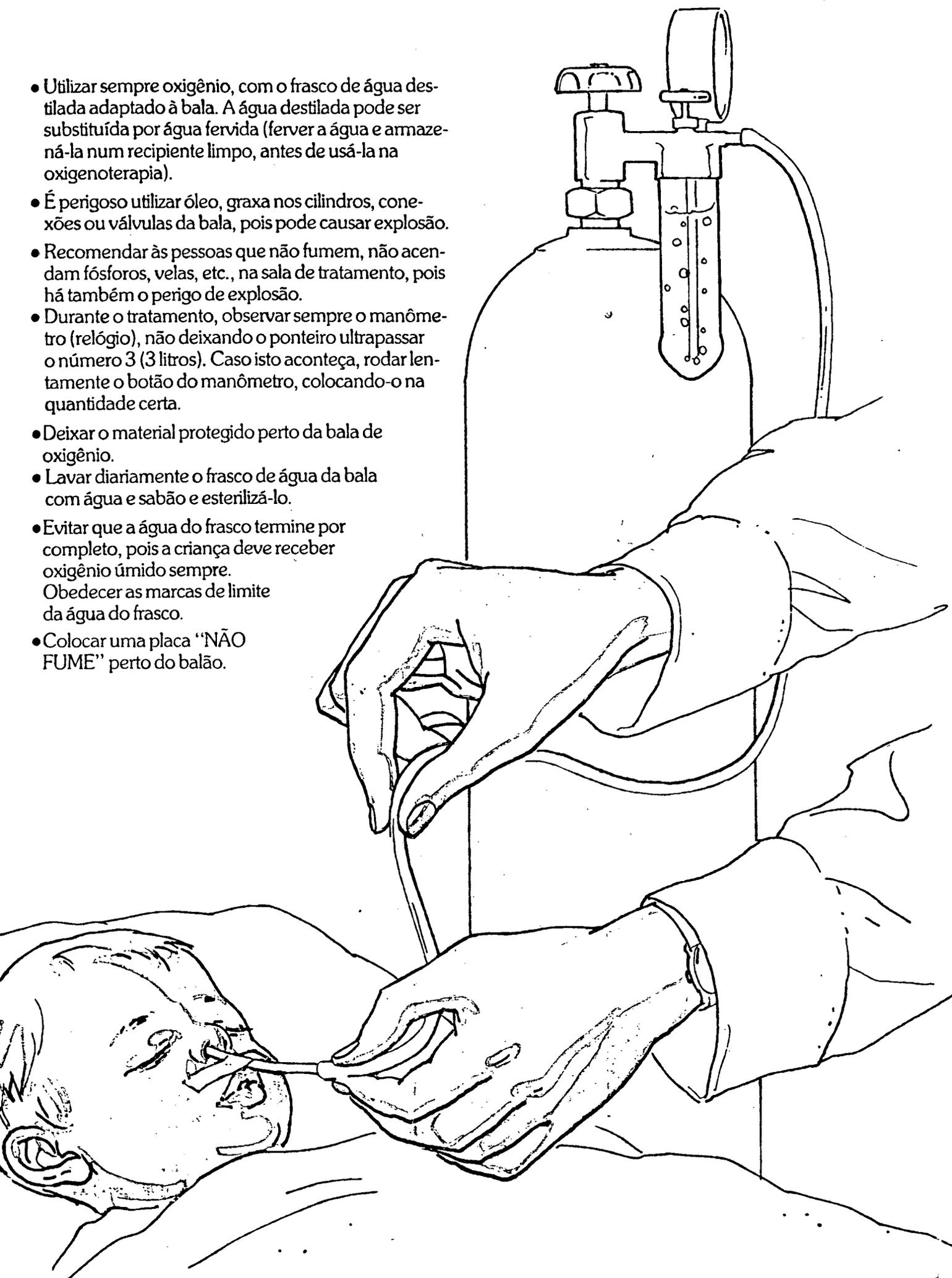
Precaução:

Suspender o oxigênio e encaminhar a criança ao médico se ela apresentar os seguintes problemas: náuseas, vômitos, irritação nas narinas, aumento da frequência cardíaca e respiratória, e cianose.

5. Cuidados ao Término do Tratamento

- Lavar o rosto da criança com água e sabão.
- Verificar os sinais vitais da criança.
Lembrar-se sempre dos seguintes aspectos importantes:

- Utilizar sempre oxigênio, com o frasco de água destilada adaptado à bala. A água destilada pode ser substituída por água fervida (ferver a água e armazená-la num recipiente limpo, antes de usá-la na oxigenoterapia).
- É perigoso utilizar óleo, graxa nos cilindros, conexões ou válvulas da bala, pois pode causar explosão.
- Recomendar às pessoas que não fumem, não acendam fósforos, velas, etc., na sala de tratamento, pois há também o perigo de explosão.
- Durante o tratamento, observar sempre o manômetro (relógio), não deixando o ponteiro ultrapassar o número 3 (3 litros). Caso isto aconteça, rodar lentamente o botão do manômetro, colocando-o na quantidade certa.
- Deixar o material protegido perto da bala de oxigênio.
- Lavar diariamente o frasco de água da bala com água e sabão e esterilizá-lo.
- Evitar que a água do frasco termine por completo, pois a criança deve receber oxigênio úmido sempre. Obedecer as marcas de limite da água do frasco.
- Colocar uma placa "NÃO FUME" perto do balão.



NEBULIZAÇÃO

Material: Bala de oxigênio
Tubos de borracha
Máscara
Solução fisiológica (10 ml)
Medicação prescrita

1. Preparo do Material

- Montar a bala de oxigênio.
- Colocar 10 ml da solução fisiológica no recipiente para a água do nebulizador.
- Adaptar a máscara do nebulizador no tubo de borracha.

Cuidados na Nebulização

- Pedir à mãe que sente a criança no seu colo, segurando-a firme.
- Verificar os sinais vitais e limpar o nariz da criança, retirando as secreções.
- Ligar o aparelho, colocando o ponteiro no número 5 (5 litros).
- Colocar a máscara no rosto da criança de maneira que envolva o nariz e a boca.

Observações:

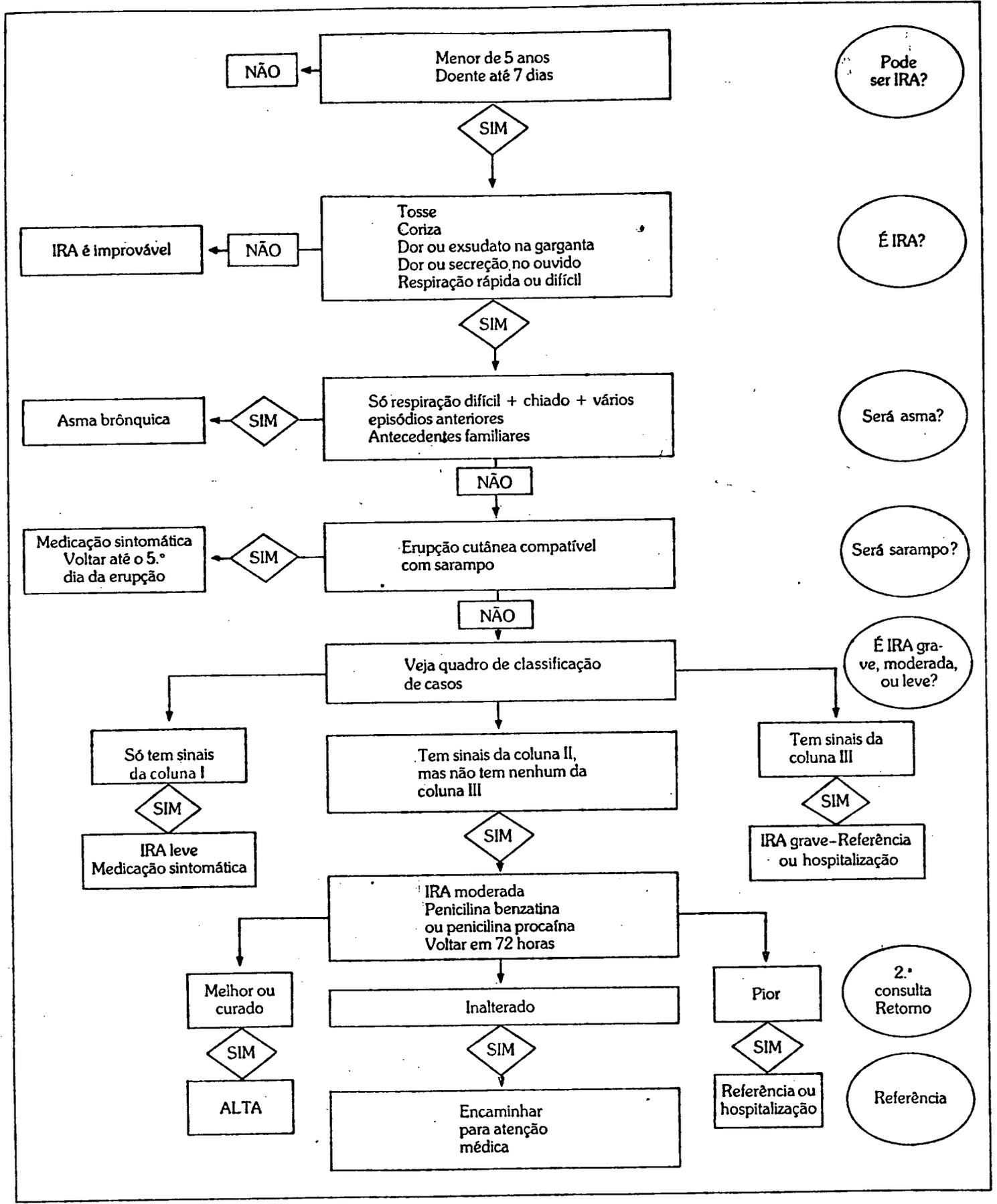
- Pedir à mãe que segure firmemente a máscara, a fim de evitar que o oxigênio escape para os olhos.
- A nebulização termina no momento em que a água do frasco acabar, isto é, entre 5 a 10 minutos.

2. Cuidados ao Terminar a Nebulização

- Lavar o rosto da criança.
- Lavar a máscara com água e sabão e esterilizá-la.



ESQUEMA DE DECISÃO PARA DIAGNÓSTICO EM IRA



MINISTÉRIO DA SAÚDE – INAN
INSTITUTO NACIONAL DE
ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO

MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA
E ASSISTÊNCIA SOCIAL –
INAMPS



Assistência e Controle das Doenças Diarréicas

AÇÕES BÁSICAS NA ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA CRIANÇA



1. INTRODUÇÃO

As doenças diarréicas agudas se apresentam entre as principais causas de morbidade e mortalidade infantil nos países em desenvolvimento e constituem um dos fatores que mais agravam o estado nutricional da criança. Estima-se que, em 1980, ocorreram no mundo (excluindo a China) cerca de 744 milhões de casos de diarreia aguda, em crianças com menos de 5 anos de idade. Destes, aproximadamente 4,6 milhões foram fatais, principalmente devido a desidratação.

Constatou-se que as doenças diarréicas, numa área de estudo da América Latina, foram responsáveis por 28,6% do total de 35.095 mortes devidas a doenças infecciosas.

No Brasil, em 1980, ocorreram cerca de 80.000 óbitos por doença diarréica, em crianças durante o 1.º ano de vida, representando quase 30% do total das mortes nesta faixa etária. Nas regiões Norte e Nordeste, onde o problema assume maior gravidade, essa proporção chega a ultrapassar 40%. A partir da década de 70, alguns novos conhecimentos foram adquiridos – como, por exemplo, a identificação da maioria dos agentes causadores da diarreia e de como eles atuam no organismo humano, evidenciando que a diarreia infecciosa aguda é um processo autolimitado e que não necessita, na maioria dos casos, de qualquer tratamento medicamentoso se a criança sobreviver à desidratação resultante. Desenvolveu-se, então, um método de reidratar por via oral com uma composição de sais necessários à manutenção do equilíbrio orgânico, enquanto a doença segue o seu curso, que dura de 3 a 7 dias.

Os estudos experimentais e a larga utilização da Terapia de Reidratação Oral (TRO) em vários países do mundo têm demonstrado sua eficácia e vêm ressaltando suas inúmeras vantagens com relação à reidratação por via endovenosa. Trata-se de um método seguro, de fácil administração, não-traumático, educativo. Em outras palavras, a TRO é, sem dúvida, a terapêutica de escolha para a maioria dos casos de desidratação por diarreia, enquanto que a reidratação endovenosa deve estar reservada àqueles casos em que esteja absolutamente bem indicada.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) patrocinou inúmeros estudos para aperfeiçoamento do método e iniciou um Programa Mundial de Luta Contra as Doenças Diarréicas, concitando seus membros a adotá-lo.

No Brasil, a partir de 1982, o Ministério da Saúde adotou a Terapia de Reidratação Oral (TRO) como estratégia central do controle das doenças diarréicas e o trabalho junto às Secretarias Estaduais de Saúde tem comprovado que, aplicada amplamente em todos os serviços de saúde, é a intervenção mais apropriada e simples no combate à mortalidade das crianças por diarreia e desidratação.

Este Manual destina-se aos profissionais de saúde que atuam em serviços na área de assistência à criança e enfoca o problema de forma mais ampla, incluindo medidas preventivas que devem ser promovidas junto à população, enquanto se processam, no campo político, outras ações de desenvolvimento social e econômico.

2. CONCEITO

Diarréia é uma alteração da fisiologia intestinal que resulta em aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando raras vezes muco e/ou sangue. Devido à dificuldade de se descrever precisamente o quadro por um certo número de dejeções nas 24 horas ou por uma determinada aparência das fezes, considera-se diarréia qualquer aumento significativo do hábito intestinal.

3. CLASSIFICAÇÃO

1) Quanto à Duração:

Diarréia aguda (até 14 dias)

- A maioria das diarréias infecciosas se curam espontaneamente em menos de 2 semanas.

Diarréia prolongada (14 a 30 dias)

- Também chamada protraída. Ocorre freqüentemente em criança desnutrida ou como resultado do manuseio terapêutico inadequado.

Diarréia crônica (mais de 30 dias)

- É mais rara. Resulta geralmente de deficiências enzimáticas e disfunções endócrinas que, uma vez suspeitadas, necessitam de um estudo clínico mais apurado.

2) Quanto à Característica da Síndrome:

Infecciosa

Bacteriana
Viral
Parasitária

Não-infecciosa

Alterações funcionais ou anatômicas do intestino ou extra-intestinais

Intoxicação por metais pesados ou elementos químicos estranhos

Sobrecarga de partículas osmóticas na dieta

Causas endócrinas

Deficiências enzimáticas congênitas ou adquiridas

4. ESTRATÉGIAS DE CONTROLE

No combate às doenças diarréicas, 3 estratégias são fundamentais:

- Tratamento de casos
- Medidas preventivas
- Controle das epidemias



4.1. TRATAMENTO DE CASOS

a) Princípios Gerais

A abordagem terapêutica das diarréias agudas está baseada nos seguintes princípios:

- A diarreia aguda, de qualquer etiologia e em qualquer idade, é um processo autolimitado, com uma duração média de 3 a 7 dias.
- A complicação mais importante, e causa de morte, é a desidratação.
- A terapêutica se baseia principalmente na reidratação oral e na alimentação adequada.
- Repor o déficit hidroeletrólítico no tempo mais curto possível, visando a reexpansão do espaço extracelular.

- Apesar da má absorção intestinal, que ocorre na maioria das diarréias, permanece uma absorção de nutrientes capaz de garantir um balanço metabólico positivo.
- A presença dos alimentos na luz intestinal estimula o amadurecimento das células epiteliais do intestino.

b) Diagnóstico, Conduta Terapêutica e Dietética

- História clínica:
 - Colher história da doença, com ênfase nos sintomas que se referem à diarreia. Caracterizar se a diarreia é aguda ou crônica e a existência de outras patologias associadas.
- Exame físico:
 - Pesar a criança, descalça e despida. Realizar exame físico completo, explicando à mãe os sinais de desidratação. Avaliar o grau de desidratação através dos sinais clínicos e perda de peso.





AValiação DO GRAU DE DESIDRATAÇÃO

DADOS CLÍNICOS	LEVE (1.º GRAU)	MODERADA (2.º GRAU)	GRAVE (3.º GRAU)
Perda de peso	Menos de 5%	De 5% a 10%	Mais de 10%
Aspecto da criança	Alerta	Iritada, com sede	Deprimida, comatosa, débil e incapaz de mamar. Pele fria
Elasticidade da pele	Sinal da prega discreto	Sinal da prega presente	Sinal da prega presente e muito acentuada
Estado das mucosas	Normais ou ligeiramente secas	Secas ou pouco úmidas, com saliva espessa	Muito secas
Olhos	Normais ou pouco fundos	Fundos	Muito fundos. Choro sem lágrimas
Fontanela*	Normal ou pouco funda	Funda	Muito funda
Pulso radial	Presente, ainda forte	Presente, porém mais fraco: taquicardia	Débil ou ausente
Diurese	Normal ou ligeiramente diminuída	Diminuída	Escassa ou ausente

* Útil em lactentes.

CONDUTA TERAPÊUTICA

Diarréia aguda com desidratação – Terapia de reidratação oral (TRO).

A perda de peso representa o líquido perdido durante a diarréia e traduz-se clinicamente no grau de desidratação estimado.

Conforme foi visto na tabela anterior, cada grau de desidratação reflete faixas de perdas de líquido (menos que 5%, 5 a 10% e mais que 10% para o 1.º, 2.º e 3.º graus, respectivamente). Assim, muitas vezes, crianças classificadas em um mesmo grau de desidratação podem necessitar de quantidades diferentes de soro para reposição, dependendo do percentual de desidratação estimado.

Cada percentual de desidratação estimado corresponde a 10 ml de líquido perdido por quilograma de peso corporal. Para reposição, considerar:

$$\begin{matrix} \% \text{ de perda} \\ \text{de peso} \end{matrix} \times \begin{matrix} \text{peso atual} \\ \text{da criança} \end{matrix} \times 10 \text{ ml} = \begin{matrix} \text{Perda de} \\ \text{líquido} \\ \text{estimado} \end{matrix}$$

Quando não se conhece o peso anterior da criança, utiliza-se o ponto máximo do grau de desidratação da avaliação clínica: 5% para o 1.º grau, 10% para o 2.º grau e 15% para o 3.º grau.

Para calcular o volume a ser reposto,

multiplicar a perda líquida por 2, considerando as perdas insensíveis e o fato de que parte do líquido administrado por via oral não é absorvida por causa da diarréia.

$$\begin{matrix} \text{Perda líquida} \\ \text{estimada} \end{matrix} \times 2 = \begin{matrix} \text{Total de líquido} \\ \text{(soro oral para tratamento)} \end{matrix}$$

Exemplos:

- 1.º) Criança de 4 kg que perdeu 2% de peso durante a diarréia $2 \times 4 \times 10 \text{ ml} \times 2 = 160 \text{ ml}$ de líquido a ser administrado
- 2.º) Criança de 6 kg com desidratação estimada de 2.º grau: não se conhece o peso anterior
Desidratação 2.º grau = perda 10% do peso
 $10 \times 6 \times 10 \text{ ml} \times 2 = 1.200 \text{ ml}$ a ser administrado



ADMINISTRAÇÃO DO SORO REIDRATANTE ORAL (SRO)

O volume de soro calculado deve ser dado conforme a vontade da criança, observando-se, entretanto, alguns aspectos:

- Nunca ultrapassar 8 horas na fase de reposição (a maioria das desidratações se corrige entre 4 e 6 horas).
- Oferecer à criança uma quantidade de líquido próxima à estimativa de sua capacidade gástrica: 30 a 40 ml/kg por hora.
- Oferecer o soro à temperatura ambiente (nunca gelado).
- Apalpar periodicamente o abdome para investigar distensão. Quando presente, interromper a administração do soro por 15 a 20 minutos e reiniciar mais lentamente.
- Administrar o soro por sonda nasogástrica nas condições patológicas que dificultam a deglutição (por ex.: otite média, amigdalite, prostração).



- É esperado um aumento do volume e da frequência das evacuações durante a etapa de reposição em consequência do aumento do volume de líquido no intestino. (Explicar isto à mãe.)
- Em alguns casos, a criança dorme profundamente como manifestação de melhora do estado geral, que ocorre junto com a diminuição da irritabilidade e da sede. Neste momento, é necessário reavaliar clinicamente o seu estado de hidratação, suspendendo o soro se estiver hidratada. Se ainda não estiver, continuar a administração do soro, tomando cuidado para que a criança não aspire.
- Manter as crianças gravemente desidratadas sob estrita vigilância durante as 2 primeiras horas do tratamento. A qualquer agravamento do estado geral – como distensão abdominal importante e persistente, vômitos incoercíveis, obnublação, etc. – suspender a TRO e passar à reidratação por via endovenosa.

REAVALIAÇÃO CLÍNICA APÓS A FASE DE REPOSIÇÃO HIDROELETROLÍTICA

Ao terminar a administração da quantidade de soro calculada para repor a perda aguda de água e eletrólitos, proceder um novo exame físico, observando os mesmos dados clínicos do exame anterior e iniciando pela pesagem (de preferência com a mesma balança e o mesmo observador). Esta reavaliação levará às seguintes conclusões e condutas:



- a) Criança em bom estado de hidratação:
- Passar à fase de manutenção e alimentação.

- b) Criança ainda desidratada:
- Recalcular nova quantidade de soro e oferecer à criança até que esteja bem hidratada, após o que se passa à manutenção e alimentação.

Há situações em que a criança dá mostras de bom estado geral antes do término do soro calculado para a fase de reposição. Proceder a reavaliação clínica imediatamente, para que não se retarde a introdução da alimentação numa criança já hidratada. Em todos os casos, a observação clínica apurada é o sucesso da aplicação da TRO.

As crianças que estiverem em bom estado geral, hidratadas e tolerando a alimentação, deverão continuar com o tratamento em casa, com soro oral mais alimentação adequada, para que se mantenha o equilíbrio hidroeletrólítico até o final do episódio diarreico. Antes da alta, verificar se foi estabelecido o tratamento para eventuais patologias associadas à diarreia e marcar o retorno nas próximas 24 a 48 horas.

FASE DE MANUTENÇÃO DO EQUILÍBRIO HIDROELETROLÍTICO

Faz-se a manutenção, fornecendo à mãe 2 envelopes de SRO (quantidade suficiente até o 1.º retorno) e orientando-a para o preparo da solução e para que dê o soro conforme a vontade da criança, após cada evacuação líquida.

Deve-se oferecer à criança aproximadamente 50 ml de soro para cada 6 meses de idade, como no quadro abaixo:

6 meses	= até 50 ml após cada evacuação líquida
6 a 12 meses	= até 100 ml após cada evacuação líquida
12 a 18 meses	= até 150 ml após cada evacuação líquida
18 a 24 meses	= até 200 ml após cada evacuação líquida
2 anos	= até 250 ml após cada evacuação líquida

Orientar sobre os sinais de piora do quadro: aparecimento de vômitos, irritabilidade ou prostração, inapetência. Esclarecer que, caso isto ocorra, deve voltar ao serviço antes do retorno previsto.

COMPLICAÇÕES MAIS FREQUENTES NA DESIDRATAÇÃO

Vômitos

- A presença de vômito não contra-indica a TRO. Após o primeiro ou segundo episódio, suspender o soro por 15 a 20 minutos e voltar a oferecer em menor quantidade. Se persistirem os vômitos, proceder à gastróclise. Vômitos durante a gastróclise são indicação para hidratação venosa.

Febre

- Geralmente cede à medida em que a criança vai

sendo hidratada. Não é necessário usar antitérmicos. Dar banho ou fazer compressas úmidas. Verificar se existe infecção concorrente e tratá-la adequadamente.

Convulsão

- Suspender a TRO. O médico deverá iniciar hidratação venosa, investigar a causa e tratar a convulsão.

Hipernatremia

- Não é contra-indicação da TRO. Entretanto, a criança deve ser tratada sob estrita vigilância médica.

DIARRÉIA AGUDA SEM DESIDRATAÇÃO

Manutenção com soro oral e cuidados com a alimentação

- Colher história clínica e fazer exame físico completo.
- Explicar à mãe o que é a diarreia, o risco de desidratação e como proceder para o tratamento em casa. (Mesmo esquema da fase de manutenção do equilíbrio hidroeletrólítico.)
- Orientar a mãe para voltar a qualquer momento se houver piora do quadro.
- Agendar retorno para reavaliação da criança ao final do episódio diarreico. (Ver consulta de retorno.)



CONDUTA DIETÉTICA

Durante o episódio diarréico, é tão importante manter a criança bem alimentada quanto hidratada. Existem, porém, alguns obstáculos, que devem ser superados, para que se possa manter uma dieta que atenda as necessidades calórico-protéicas da criança.

Anorexia

- Oferecer alimentos em pequena quantidade e com maior frequência.

Catabolismo aumentado

- Oferecer alimentos de alta densidade calórica*.

Trânsito intestinal acelerado

- Apesar disso, boa parte dos alimentos são absorvidos (cerca de 60%)

Intolerância transitória aos açúcares, especialmente à lactose

- Não acrescentar açúcares à dieta. Testar a tolerância e reintroduzir a dieta livre o mais rápido possível.

Observação:

O jejum é prejudicial à criança. O número de evacuações e o aumento de volume das fezes não são sinais de piora do quadro.

ESQUEMA ALIMENTAR DURANTE O EPISÓDIO DIARRÉICO

Crianças com leite materno exclusivo:

- Manter o aleitamento materno em regime de livre demanda.

Crianças com alimentação mista:

- Manter apenas o leite materno por 24 horas. Nas crianças menores de 6 meses, verificar a possibilidade de voltar o leite materno exclusivo em regime de livre demanda.* Não sendo possível, complementar com leite de vaca *in natura* aos 2/3 ou leite em pó a 10%, mais 8% de óleo vegetal*, oferecendo-o em menor volume nas 2 primeiras mamadas para testar a tolerância da criança. Aumentar gradativamente o volume e a concentração respeitando a aceitação, para que, ao final das 24 horas, a criança possa estar recebendo alimentação láctea adequada para a idade.

Crianças desmamadas:

- Se menor de 6 meses, ver possibilidade de relactação.* Se tiver com alimentação láctea, proceder como no item anterior. Caso contrário, oferecer alimentação de sal, em consistência adequada à idade, com o mínimo de resíduo possível.

Crianças com diarreia prolongada:

- São aquelas crianças que não evoluem bem, com agravamento do estado de desidratação, anorexia e pouco ganho de peso.

Se diagnosticada intolerância a dissacarídeos e/ou monossacarídeos, introduzir dieta livre desses açúcares. Nas crianças de menos de 4 meses, usar dietas especiais que substituam o leite, tendo, porém, o cuidado de que contenham uma boa relação calórico-protéica e densidade energética elevada.*

* Ver manual **Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame.**



USO DE MEDICAMENTOS

Na grande maioria dos casos de diarreia aguda, não é necessário usar outros medicamentos além dos sais de reidratação oral (SRO).

Alguns quadros clínicos, entretanto, exigem terapêutica antimicrobiana específica, como por exemplo:



Tratamento

Disenteria por Shigella comprovada laboratorialmente	<ul style="list-style-type: none"> • Trimetropin + Sulfametaxazol Dose: 10 mg/kg/dia de Trimetropin, por via oral, dividida em duas tomadas
E. Coli enteropatogênica em recém-nascidos e desnutridos	<ul style="list-style-type: none"> • Colimicina 200.000 U /kg/dia (v.o.) por 5 dias • Ampicilina 50 mg/kg/dia (e.v.) por 15 dias
Amebíase e giardíase sintomáticas em crianças de risco (lactentes, desnutridos, etc.)	<ul style="list-style-type: none"> • Metronidazol (amebíase) Dose: 30 mg/kg/dia, via oral, durante 10 dias • Metronidazol (giardíase) Dose: 15 mg/kg/dia, via oral, durante 5 dias

Alguns medicamentos são desnecessários e estão contra-indicados:

Antieméticos (Plasil, Amplicil, etc.)	São depressores do sistema nervoso central e podem dificultar ou mesmo impedir a criança de tomar o soro.
Antiespasmódicos (Elixir Paregórico, Novatropina, Bentil, Loperamide, etc.)	Inibem o peristaltismo intestinal, facilitando a proliferação dos germes e, por conseguinte, o prolongamento do quadro diarreico.
Adstringentes (Caolin, Pectina, Carvão, etc.)	Têm apenas efeito cosmético sobre as fezes, retirando água da luz intestinal e aumentando a consistência do bolo fecal, além de serem agentes espoliadores de sódio e potássio.
Antipréticos (Dipirona, Novalgina, etc.)	Produzem efeito de prostração e sonolência, dificultando a tomada do soro. Nos casos em que a febre se deve a outra infecção associada, usar preferencialmente o ácido acetil salicílico.

CONSULTAS DE RETORNO

Crianças com diarreia e desidratação:

- Primeiro retorno (24 a 48 horas).
 - Pesas e registrar o peso no gráfico do Cartão da Criança. Realizar exame físico. Observar tolerância à alimentação. Continuar com soro oral até cessar a diarreia.
- Segundo retorno (ao final do episódio diarreico).
 - Pesas e registrar o peso no gráfico do Cartão da Criança. Realizar exame físico. Orientar alimentação adequada para idade.
 - Agendar consultas de rotina de acordo com o calendário para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento. (Ver manual **Acompanhamento do Crescimento e Desenvolvimento**.)

Crianças com diarreia sem desidratação:

- Retorno ao final do episódio diarreico.
 - Proceder como no item anterior.



4.2. MEDIDAS PREVENTIVAS

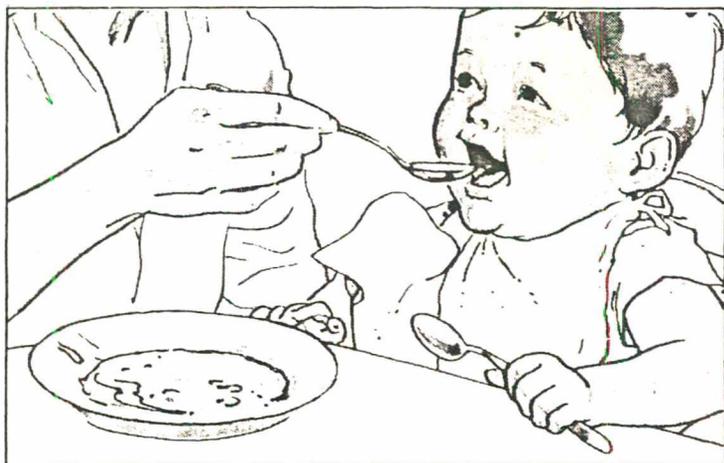
MEDIDAS GERAIS

As medidas preventivas visam, sobretudo, diminuir a morbidade pela diarreia, aumentando a resistência do hospedeiro através da melhora do estado nutricional da criança e/ou reduzindo a transmissão dos agentes patogênicos. A atuação do serviço de saúde neste campo deve dar-se de várias formas:



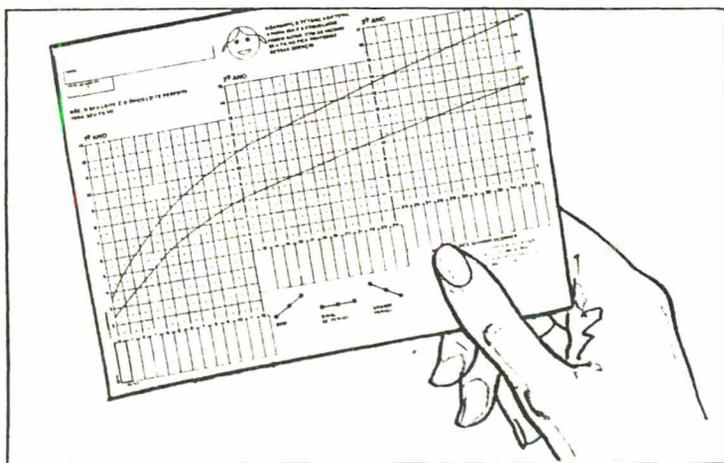
a) Incentivando e promovendo o aleitamento materno

- O leite materno, pelas suas qualidades bioquímicas e nutritivas, é o melhor alimento para a criança no 1.º ano de vida, e, sendo oferecido exclusivamente nos 6 primeiros meses, evita infecções por conter elementos anti-infecciosos e por diminuir a contaminação através do uso de utensílios e alimentos contaminados.*



b) Orientando para um desmame adequado

- A dieta de desmame deve ser iniciada em torno do 6.º mês, com alimentos de boa qualidade nutritiva, levando-se em consideração a disponibilidade do alimento e hábitos culturais da família.*



c) Provendo suplementação alimentar

- Acompanhar a criança através do gráfico de crescimento e fazer suplementação alimentar sempre que necessário.



d) Incrementando a imunização

- Seguir o esquema básico de vacinação, uma vez que as doenças infecciosas espoliam o organismo, diminuindo a resistência da criança. Lembrar que a vacina contra sarampo previne também o quadro diarréico associado à doença.



e) Orientando a comunidade sobre a importância do saneamento básico e destino de dejetos

- A disponibilidade de água em quantidade suficiente nos domicílios é a medida mais eficaz no controle das diarréias infecciosas. Nos lugares onde não existe saneamento básico, orientar sobre o acondicionamento da água em depósito limpo e seu uso na higiene pessoal e preparação dos alimentos.
- Orientar sobre o destino do lixo, dos dejetos e uso adequado das fossas domiciliares.

* Ver manual **Aleitamento Materno e Orientação Alimentar para o Desmame.**

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

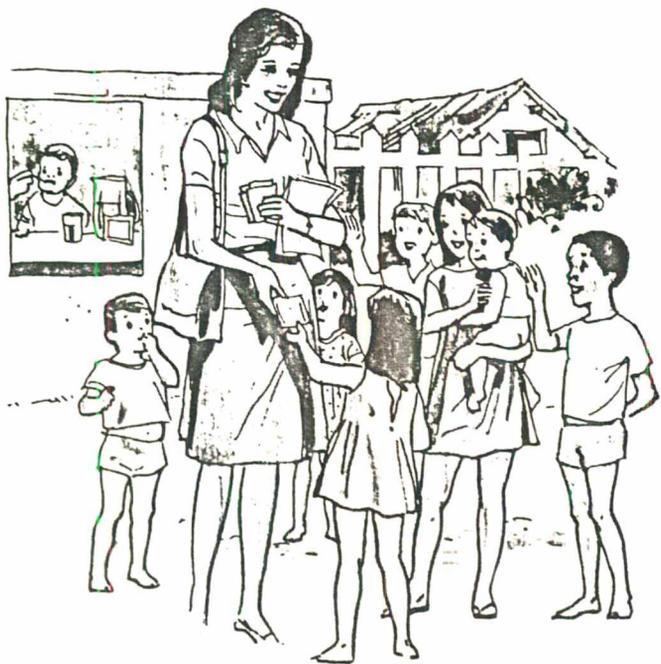
- A educação em saúde deve ser feita de forma individual ou coletiva.
- Mensagens educativas através de cartazes e posters devem ser afixadas nas Unidades de Saúde, onde palestras ou reuniões educativas devem ser organizadas.
- Individualmente, a educação em saúde deve fazer parte de todo atendimento feito por qualquer membro da equipe de saúde.
- Nestas ocasiões, orientações sobre higiene pessoal, doméstica, tratamento de água e do lixo, cuidados com o preparo e estocagem dos alimentos, devem ser sempre abordadas.
- Deve-se aproveitar a oportunidade da permanência da mãe na sala de reidratação para instruí-la sobre as causas da diarreia, sua contagiosidade e medidas preventivas. Explicar que o soro serve para evitar ou curar a desidratação, mas não a diarreia. Que esta se cura espontaneamente, dentro de 5 a 7 dias. Estas explicações devem ser dadas individualmente para cada mãe, sempre que seja possível. Caso não o seja, pode-se fazer preleções coletivas. Explicar às mães que, toda vez que a criança vomitar ou evacuar, devem avisar à enfermeira ou médico; depois de trocarem as fraldas, lavar as mãos com água e sabão.
- A educação coletiva envolve necessariamente a comunidade, não apenas como alvo de informações, mas repartindo com esta a responsabilidade na busca de alternativas para um eficaz trabalho preventivo. Para tal, podem ser citados como exemplos de instrumentos facilitadores a cartilha e o folheto sobre diarreia.



4.3. CONTROLE DAS EPIDEMIAS

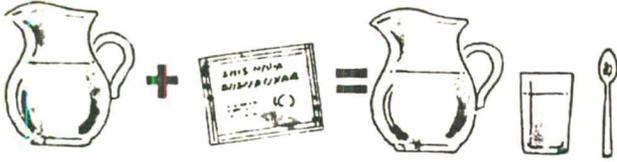
Os surtos de diarreia infecciosa devem ser controlados com o máximo de eficácia e eficiência possível. Para isso, é necessário melhorar a habilidade de identificação e investigação precoce das epidemias com a implementação das seguintes medidas:

- Registro de casos que permita conhecer a demanda.
- Possibilidade de visita domiciliar quando houver suspeita de surto epidêmico.
- Habilidade de identificação da fonte de contaminação.
- Retaguarda laboratorial para identificação do agente etiológico.
- Disponibilidade de tratamento adequado e oportuno para todos os casos.



ANEXOS

I. PREPARAÇÃO DO SORO



1. Dissolver 1 pacote de sal reidratante em 1 litro de água. Manter rigorosamente essa relação (1 pacote/1 litro) para que não se rompa o equilíbrio entre o sódio e a glicose.
2. Usar água limpa à temperatura ambiente (em torno de 20° a 26° C). Não se deve dar soro gelado, porque as soluções geladas têm maior tempo de esvaziamento gástrico, podendo causar vômitos.
3. A solução, depois de preparada, pode permanecer à temperatura ambiente até 24 horas. Após este período, deve ser descartada e preparada nova solução.
4. Os sais não podem ser diluídos em outro líquido que não seja água, nem acrescidos de açúcar ou outras substâncias com a finalidade de melhorar o sabor.

II. GASTRÓCLISE

DEFINIÇÃO

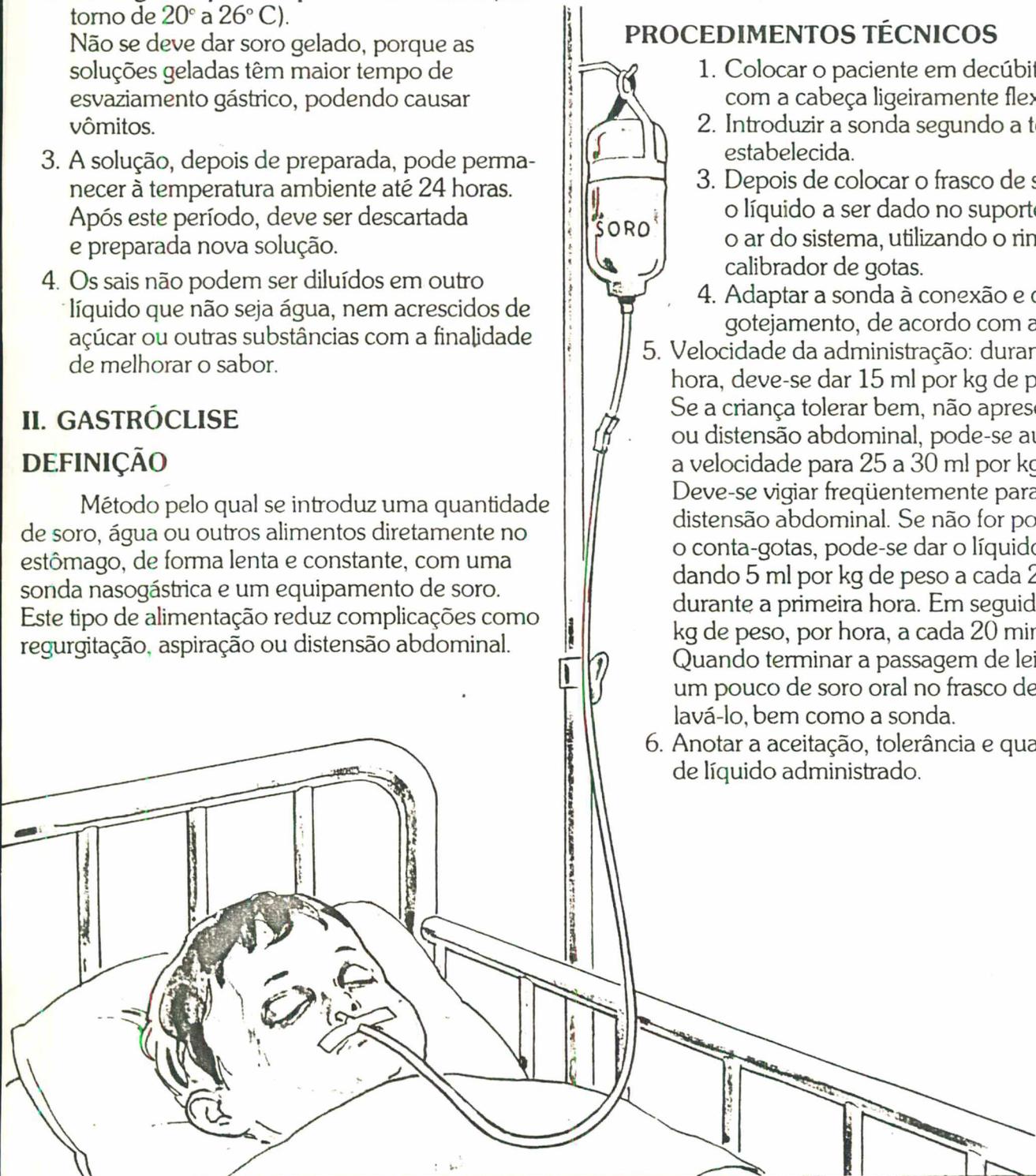
Método pelo qual se introduz uma quantidade de soro, água ou outros alimentos diretamente no estômago, de forma lenta e constante, com uma sonda nasogástrica e um equipamento de soro. Este tipo de alimentação reduz complicações como regurgitação, aspiração ou distensão abdominal.

EQUIPAMENTOS

1. Equipamento de gastróclise, com:
 - a) Frasco de soro com conexão, conta-gotas e observador
 - b) Cuba riniforme
 - c) Calibrador de gotas
 - d) Seringa de 20 ml
2. Soro, água ou fórmula láctea a administrar
3. Sonda de polietileno de acordo com o tamanho e idade da criança
4. Suporte
5. Imobilizadores
6. Esparadrapo

PROCEDIMENTOS TÉCNICOS

1. Colocar o paciente em decúbito dorsal, com a cabeça ligeiramente flexionada.
2. Introduzir a sonda segundo a técnica estabelecida.
3. Depois de colocar o frasco de soro com o líquido a ser dado no suporte, retirar o ar do sistema, utilizando o rim e o calibrador de gotas.
4. Adaptar a sonda à conexão e controlar o gotejamento, de acordo com as instruções.
5. Velocidade da administração: durante a primeira hora, deve-se dar 15 ml por kg de peso. Se a criança tolerar bem, não apresentar vômitos ou distensão abdominal, pode-se aumentar a velocidade para 25 a 30 ml por kg, por hora. Deve-se vigiar freqüentemente para detectar distensão abdominal. Se não for possível usar o conta-gotas, pode-se dar o líquido com seringa, dando 5 ml por kg de peso a cada 20 minutos, durante a primeira hora. Em seguida, 10 ml por kg de peso, por hora, a cada 20 minutos. Quando terminar a passagem de leite, colocar um pouco de soro oral no frasco de soro para lavá-lo, bem como a sonda.
6. Anotar a aceitação, tolerância e quantidade de líquido administrado.



RODETRC DE VISITA DOMICILIAR

1. IDENTIFICAÇÃO:

2. OBJETIVO:

3. REVISÃO DO CONHECIMENTO (Encontra-se em anexo)

4. PLANO:

5. EXECUÇÃO:

6. AVALIAÇÃO:

REVISÃO DE CONHECIMENTO

(Para ser utilizado nas visitas domiciliares à hipertensos, conforme item 3 do roteiro de visita)

HIPERTENSÃO

A hipertensão é uma doença crônica. O indivíduo é considerado hipertenso quando sua pressão arterial diastólica (pressão mínima) apresenta o valor de 95mmHg ou superior e/ou sua pressão arterial sistólica (pressão máxima) apresenta o valor de 160mmHg ou mais.

A hipertensão é um dos mais importantes e independentes riscos cardiovasculares. Quando persiste, por certo tempo, pode ocasionar um aumento do coração, levando à insuficiência cardíaca, ou pode conduzir a acidentes cérebro-vasculares.

No entanto, a pressão sanguínea pode ser levada à normalidade ou próxima dos níveis normais na maioria dos clientes, hipertensos que recebem tratamento adequado.

Sua causa ainda não é conhecida, porém pesquisas constatarem que fatores de risco implicam seu desenvolvimento e a evolução da doença cardiovascular.

Os fatores a serem considerados no perfil do risco cardiovascular do cliente hipertenso são:

1º- Fatores potencialmente controláveis que podem influenciar o controle do cliente hipertenso:

- obesidade;
- alta ingestão de sódio;
- falta de exercício físicos;
- stress;
- níveis séricos elevados de ácido úrico;
- medicamentos, como anovulatórios orais, suplementos de estrogênio e drogas que podem interagir com medicações anti-hipertensivas.

2º- Fatores causais independentes da doença cardiovascular:

- hiperlipidemia (aumento de gorduras no sangue);
- diabete ou hiperglicemia (açúcar elevado no sangue);
- fumo;

3º- Fatores incontrolláveis:

- idade;
- sexo;
- hereditariedade;
- raça.

Pelos estudos realizados, sabe-se que a hipertensão não surge repentinamente; é necessário que o indivíduo tenha terreno de hereditariedade e hábitos de vida que se enquadrem nos fatores de risco controláveis, para que ela surja, num determinado momento da vida do indivíduo.

A hipertensão essencial tem poucos sintomas iniciais ; geralmente é descoberta durante um exame físico de rotina.

O paciente com hipertensão pode estar assintomático , pois muitas vezes a afecção existe há vários anos antes que os sintomas sejam evidenciados ao se verificar a pressão arterial.

Os sintomas são variados. Os mais comuns são:

- cefaleia occipital (frequentes dores de cabeça na região / da nuca);
- tontura;
- nervosismo;
- insônia (dificuldades para dormir);
- fadiga (cansaço);
- epistaxe (sangramento pelo nariz);
- escotomas cintilantes (perturbações visuais);
- sangramento das gengivas (espontâneo ou ao escovar os dentes).

À medida que a hipertensão progride, pode surgir edema (inchaço) e dispnéia (dificuldade respiratória).

Por apresentar essas características, todos os indivíduos ~~que~~ devem fazer controle periódico, de saúde, no mínimo uma /

vez ao ano, para prevenir futuras complicações, principalmente se tiverem parentes que tem ou tiveram hipertensão ou faleceram por cardiopatia.

O tratamento para hipertensão não visa a causa, nem a cura.

As principais metas são:

- reduzir a pressão sanguínea aos níveis normais;
- controlar os fatores de risco independentes e controláveis (exemplo: hiperlipedemia, hiperglicemia, fumo, obesidade , stress, etc.)

O objetivo do tratamento é aliviar os sintomas e prevenir o progresso de danos cardiovasculares, como insuficiência cardíaca ou infarto do miocárdio.

Orientar o hipertenso a fazer exames periódicos de saúde e a entender que seu tratamento está baseado em:

- terapêutica medicamentosa, desenvolvimento de hábitos de vida sadia que visam a redução ou eliminação dos fatores / de risco cardiovasculares.

A dietoterapia tem dois objetivos:

- tratamento ou prevenção da obesidade, porque o excesso de peso corporal é um fator de risco cardiovascular.

O tecido adiposo requer maior irrigação sanguínea, ocasionando um aumento de trabalho do coração, já sobrecarregado pela própria hipertensão, além de fazer maior compressão sobre as paredes dos vasos sanguíneos, aumentando a pressão que o sangue faz para por eles passar;

- manutenção dos níveis tensionais dentro da normalidade.

Orientar que:

- dieta não significa deixar de comer: o individuo que faz / dieta necessita somente aprender a comer;
- controlar a quantidade e qualidade dos alimentos segundo número de refeições. Deve manter seu cardápio em casa ou em qualquer outro local.

Para isto, deve aprender as substituições alimentares:

-cada refeição indicada deve ser muito importante. Não deve abandonar nenhuma delas. Este erro, geralmente, torna o tratamento ineficaz;

-a monotonia é a maior inimiga do tratamento dietético; a /
dieta deve ser variada e de bom paladar;

-a dietoterapia costuma trazer alterações de peso, para mais ou menos; portanto, deve evitar pesar-se diariamente.

Isso poderia causar-lhe tensão ou preocupação e, conseqüentemente, elevar o nível de sua pressão sanguínea. O controle de peso deverá ser feito uma vez cada dez dias;

-gorduras saturadas (gorduras animais, por exemplo, banha e manteiga e banha vegetal) devem ser substituídas por gorduras polinsaturadas (gorduras vegetais, por exemplo, óleo de milho e margarina).

-o sal deve ser restringido de acordo com a orientação médica. Uma colher de chá de sal equivale a quatro gramas /
deste produto;

-no preparo da alimentação, os temperos utilizados devem ser de baixo teor de sódio, por exemplo: louro, alho, suco de limão, cebola, salsa, pimenta malagueta e pimenta-do-reino, vinagre e açúcar branco.

Orientar que:

os líquidos serão restringidos, ou não, conforme orientação médica;

-café, chá, e chocolate, em excesso, são desaconselhados devido à ação estimulante;

-bebidas alcoólicas não devem ser ingeridas, pois aumentam a pressão arterial, e/ou, quando associadas à medicação anti-hipertensivas, podem ocasionar hipotensão postural;

-suco de laranja natural deve ser consumido na quantidade de dois copos médios por dia, pelos pacientes que usam diuréticos, para evitar a diminuição de potássio sérico;

-água natural e mineral, com ou sem gás, podem ser consumidas à vontade, por pacientes que não apresentem restrição/

hídrica.

A atividade física é necessária para a manutenção da sáude, porém deve ser adequada à idade, ao sexo e às condições físicas do indivíduo.

Fazer ver ao hipertenso que sua atividade física diária deve se constituir de caminhadas porém estas devem ser fra-
cionadas, lentas, contínuas, sempre em terreno plano, evi-
tando subir lombas e escadas e também evitando realiza-la a
pósas refeições. O paciente deverá cessar a caminhada ou /
ou qualquer outra atividade se surgir cefaleia, tontura, dor
precordial, dispnéia ou palpitações.

As caminhadas devem ser progressivas; portanto, podemos seguir o seguinte esquema:

1^o semana M
T—10 minutos

2^o semana M
T—15 minutos

3^o semana M
T—20 minutos

4^o semana M
T—30 minutos

Esclarecer ao paciente que leituras sistemáticas de pres
sãa sanguínea, algumas vezes, são necessárias para auxiliar
o diagnóstico e o tratamento.

Para jovens, quando os valores da pressão arterial dias
tólica e sistólica de 90 a 140mmHg são considerados limitró-
fes e representam um sinal de alerta. Portanto para evitar
a hipertensão, o indivíduo deverá realizar um controle freq-
uente da pressão arterial.

Quando for indicado o controle diário ou semanal, o pa
ciente deverá realiza-lo na unidade sanitária mais próxima
de sua residência, farmácia (desde que o cliente esteja ori-
entado sobre a técnica correta da verificação da pressão ar-
terial, ou a domicílio).

Após a verificação, deverá anotar o resultado em folha de controle de pressão sanguínea, que deverá apresentar em todas as consultas médicas e de enfermagem.

Para se verificar a pressão sanguínea, utilizam-se, em conjunto três dispositivos:

- estetoscópio clínico, que é composto por uma extremidade receptora, diafragma, e duas extremidades emissoras, ogivas que são interligadas por tubos de borracha;
- manguito;
- esfigmomanômetro.

Os anti-hipertensivos e diuréticos são drogas usadas isoladamente ou associadas, para reduzir e manter a pressão sanguínea dentro dos limites normais, tanto na posição deitada como sentada ou ereta.

Sua administração a pacientes ambulatorias é feita por via oral e sua dosagem estipulada pelo médico.

Orientar o cliente:

- o horário da administração de medicação deve ser mantido ; não pode ser variável para não alterar o tempo de ação do medicamento;
- o diurético deve ser usado sempre na primeira hora da manhã, para evitar que a diurese interfira no repouso noturno ou nas atividades normais diárias;
- podem ocasionalmente ocorrer alguns efeitos colaterais, como boca seca, sede, sonolência, fadiga muscular, distúrbios gastrointestinais (diarréia, vômitos, constipação e flatulência), hipotensão postural (potencializada pelo álcool ou tranquilizantes) e outros parafeitos;
- também podem ocorrer nos pacientes que usam diuréticos, sintomas de hipocalcemia (depressão de potássio).

Hipocalcemia é a perda excessiva de potássio pela urina, que pode ser causada pela ingestão de diuréticos.

Manifesta-se através dos seguintes sinais; hipotensão ,

flacidez muscular, reflexos diminuídos, pulso fraco, fraqueza generalizada e câimbras, principalmente nas panturrilhas.

Para compensar a perda excessiva de potássio, orientar o paciente para:

- usar cloreto de potássio, se prescrito pelo médico, na quantidade e horários indicados;
- usar, como complemento, potássio dietético. Os alimentos ricos em potássio são: sucos de frutas naturais (principalmente de laranja), banana, tomate, espinafre, couve-flor, pescados e queijo de leite desnatado;
- procurar recursos de saúde sempre que houver sintomatologia pois devem ser solicitados exames laboratoriais para verificação do equilíbrio hidroelétrica.

Hipotensão postural são episódios de tontura, perturbações e desfalecimento que podem ocorrer quando o hipertenso assume, rapidamente, a posição ereta. Pela ação da gravidade ocorre uma queda da pressão arterial sistólica e diastólica à mudança rápida da posição sentada, ou deitada, pois o sangue que estava concentrado no tórax desloca-se para os membros inferiores, ocasionado assim os sintomas da hipotensão.

A hipotensão postural ocorre geralmente em hipertensos que fazem uso de anti-hipertensivos e certos tipos de sedativos, ou álcool.

Quando ocorrer tontura ou desfalecimento, o cliente deverá ficar numa posição que permita máxima circulação sanguínea cerebral, isto é, com a cabeça abaixada entre os joelhos, se sentado; ou em decúbito dorsal, não necessitando/elevar a cabeça, se deitado.

Para prevenir a hipotensão postural orientar o hipertenso a:

- evitar mudanças bruscas de decúbito, por exemplo, da posi-

ção sentada para a posição ereta?

- evitar dobrar o tronco ao abaixar-se, e sem flexionar os joelhos, voltando sempre à posição inicial vagarosamente;
- evitar o levantar da cama subitamente. Em vez disto, deverá primeiro exercitar suas pernas por uns poucos segundos, sentar-se na borda da cama e assegurar-se de que não apresenta tontura ou perturbações visuais, antes de começar a caminhar. A caminhada deve ser lenta e, se necessário, com apoio num móvel;
- utilizar apenas medicações prescritas por seu médico e não usar bebida alcoólicas quando fizer uso de anti-hipertensivos;
- procurar recursos de saúde se ~~perderem~~ frequentemente os sintomas de hipotensão postural, mesmo seguindo orientação para preveni-los.

A abordagem dos familiares do paciente hipertenso pelo enfermeiro tem dois objetivos:

- mostrar a importância da participação e auxílio dos familiares no tratamento do hipertenso, estimulando-o a desenvolver hábitos sadios de vida, por exemplo, atividade física, alimentação correta, controle periódico de saúde. O hipertenso deve ser estimulado por seus familiares a não abandonar o tratamento; deverá também ser apoiado em seus conflitos e dúvidas sobre suas condições de saúde e deverá participar de ambiente familiar harmônico e ajustado;
- orientá-los sobre os fatores de risco cardiovasculares, salientando a importância de realizarem controles periódicos da pressão arterial, pois a maioria dos hipertensos são assintomáticos. Portanto, este controle pode auxiliar o diagnóstico e tratamento precoce. A supressão dos fatores de risco controláveis, por exemplo, stress e obesidade, pode diminuir a chance do familiar de adquirir uma patologia cardiovascular.

REVISÃO DE CONHECIMENTO

(Para ser utilizado nas visitas domiciliares a diabéticos, conforme item 3 do roteiro da visita)

Diabetes Mellitus

Diabetes é uma enfermidade que impede o correto aproveitamento dos alimentos que voce come (especialmente açucares) devido a diminuição ou ausência total de um hormônio produzido pelo pâncreas, chamado insulina.

Uma pessoa normal ao se alimentar ingere açucares, proteínas e gorduras. O alimento é digerido no estômago, absorvido no intestino delgado, passa para o sangue onde uma parte é armazenada no fígado e outra parte é aproveitada diretamente pelas células através da insulina. A insulina faz com que a glicose (açúcar) penetre nas células e produza calor e energia.

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

Quando o nível da glicose no sangue é demasiadamente alto, a condição resultante deste aumento anormal é chamada hiperglicemia.

Este excesso de glicose circula pelos rins. Normalmente o rim reabsorveria a glicose útil, mas nesta circunstância muita glicose está disponível e é eliminada na urina como água em excesso que extravasa por uma barragem. O limiar normal do rim para não deixar que a glicose seja eliminada pela urina fica entre 160 à 180 mg% no sangue. Quando o nível de açúcar no sangue é maior que este, a glicose é eliminada da urina.

Diabetes não é uma doença contagiosa. Não se pode pegá-la de outra pessoa nem transmití-la por contágio a ninguém; no entanto, a tendência a adquirir o diabetes é transmitida de geração para geração, ou seja, de pai para filho, através de gens (hereditariedade). Além de hereditariedade, outros fatores como obesidade (principalmente em pessoas acima de 45 anos), gravidez e certas infecções por vírus podem contribuir para o aparecimento do diabetes. Condições que submetem o organismo a um "stress" fora do comum, como uma cirurgia ou trauma emocional, podem também fazer com que o diabetes surja

em indivíduos predispostos.

Os diabéticos apresentam determinados sintomas característicos da doença, os quais surgem gradativamente e variam de paciente em tipo e intensidade, sendo eles:

- Poliúria (aumento do volume urinário), porque o corpo precisa colocar para fora o excesso de açúcar quando os níveis de glicose no sangue atingem 160 mg/100 ml.
- Polidipsia (sede intensa), porque o corpo precisa recuperar a água perdida na urina.
- Polifagia (fome exagerada), porque o corpo precisa de mais alimentos para dar a energia que o açúcar daria.
- Perda de peso, fraqueza e cansaço sem motivo ocorrem porque o corpo é incapaz de usar ou armazenar açúcar (glicose) para produzir energia.

Outros sintomas:

- Feridas que não cicatrizam, coceira, dormência, dor ou formigamento nas mãos ou nos pés, sonolência, náuseas ou cólicas abdominais. Estes sintomas caracterizam uma hiperglicemia (taxa alta de glicose no sangue).

Esta taxa de glicose no sangue é medida inicialmente através de um exame de sangue, em jejum, chamado glicemia. Caso haja necessidade de confirmação da doença é feito um exame chamado "teste de tolerância à glicose" ou "curva glicêmica".

O tratamento do diabetes visa combater a hiperglicemia, a infecção; e prevenir, retardar e tratar as complicações. O combate a hiperglicemia é feito através de: medicação, exercícios, dieta e orientação ao diabético sobre a sua doença.

Existem dois tipos de diabetes:

Tipo I - onde o pâncreas não produz insulina, portanto o indivíduo necessita de injeção diária de insulina. São chamados os insulinos dependentes.

Tipo II - onde o pâncreas fabrica um pouco de insulina e a doença pode ser controlada apenas com a dieta e exercícios, sendo necessário, na maioria das vezes o uso de medicação oral (hipoglicemiantes orais) e ocasionalmente o uso de injeção de insulina.

O exercício físico é importante para o diabético porque durante os exercícios as células se deixam penetrar melhor pela insulina e pela glicose, permitindo ao corpo a queima da glicose para a produção de energia. Por esta razão ele deve

ser dosado e praticado com regularidade. Não deve ser intenso num dia e leve no outro. Uma atividade física intensa pode baixar o açúcar sanguíneo, podendo até mesmo levar à hipoglicemia. Por isso, quando se praticam esportes violentos é conveniente uma alimentação extra, como por exemplo, comer uma fruta ou beber uma porção de leite antes da atividade.

Os exercícios físicos promovem a perda de peso, facilitam a circulação, reduzem o "stress" e os níveis de gordura no sangue e diminuem a pressão sanguínea.

O diabetes mal controlado predispõe a doenças porque diminui a resistência orgânica e interfere nos mecanismos de defesa.

A infecção deverá ser debelada o mais rápido possível, pois poderá levar ao coma diabético em pouco tempo. As necessidades de insulina aumentam muito de acordo com o tipo de infecção e geralmente as drogas orais sozinhas não oferecem resultado satisfatório.

As complicações que mais comumente ocorrem nos diabéticos são: as crônicas e as agudas.

Entre as complicações agudas temos: a hipoglicemia e a hiperglicemia (cetoacidose diabética).

A hipoglicemia poderá ocorrer em qualquer diabético que se utilize de drogas orais ou de insulina. Poderá também ocorrer pelo emprego excessivo das mesmas, omissão ou até mesmo atraso de uma ou mais refeições, atividade física (exercícios) em excesso, geralmente muito distante de uma refeição, como também em situações tipo vômitos e diarreia.

Os sintomas variam de acordo com a velocidade da queda glicêmica e de pessoa para pessoa; geralmente sobrevêm sensação de fome, ansiedade, suores frios de início na fronte, dormência nos lábios, fraqueza, palpitação, cefaléia e até alteração do comportamento e coma (perda de consciência). Deverá ser combatida com o uso de hidratos de carbono via oral ou injeção venosa de glicose a 10 ou 25 % ou 1 mg de glucagon subcutâneo ou intra-muscular.

A hiperglicemia decorre de uma deficiência parcial ou total de insulina, seja porque o diabético comeu mais do que devia ou esqueceu a medicação, aplicou-a erroneamente, insulina de menos, ou simplesmente porque não sabia ser diabético. A ausência ou deficiência de atividade insulínica afetará o metabolismo como um todo, sendo os principais locais atingidos, o músculo, o tecido adiposo e o fígado.

As complicações crônicas são mais frequentes nos seguin-

tes órgãos: sistema nervoso periférico, olhos, sistema cardio-vascular (coração e membros inferiores) e rins. car-

ROTEIRO PARA CONSULTAS DE ENFERMAGEM ÀS PACIENTES HIPERTENSAS

1º) Apresentar-se.

2º) Abordar o paciente - Perguntar sobre sua vida.

Histórico - nome, sexo, idade, raça, ocupação habitual, renda atual, condições de moradia, situação familiar.

Quando notou sua P.A. aumentada pela primeira vez? Como foi? O que sentiu (sintomas).

Se for sexo feminino - aumentou com a gravidez? Edema na gravidez?

Quando verificou sua P.A. pela última vez?

Usa medicação? Dieta? Chás? Outros? O que come durante o dia?

Como obteve controle? Faz acompanhamentos?

Atualmente o que sente?

Cefaléia, sensação de peso na região occipital (nucalgia), dor no peito, palpitação aos esforços, falta de ar, edemas, câimbras, dor na perna ao andar?

Tonturas, zumbidos, desmaios, dormência, visão turva?

Infecção urinária, cálculos renais, poliúria, disúria, polidipsia, hematúria?

Ingestão de sódio - Família é fumante? Frequência?

Usa álcool? Frequência?

Exercício físico - Quais? Frequência?

Se propõe a auto cuidar-se? Precisa apoio?

Situação familiar? Incomodações? Preocupações?

Exame físico - Aspecto geral

altura, peso

P.A. (em pé, sentada e deitada)

1ª consulta verificar em ambos os braços

Pulso: frequência, ritmo, alterações, periférico, radial ou femoral.

pescoço: veias distendidas, aumento de tireóides, gânglios?

Extremidades: edema? temperatura? varizes?

ROTEIRO DE ORIENTAÇÕES AO PACIENTE HIPERTENSO

- 1 - Abertura às expectativas do paciente.
- 2 - Noções básicas e simplificadas de anatomia e fisiologia do aparelho circulatório e outros órgãos relacionados com a hipertensão, dependendo da condição do paciente. Com auxílio de material didático.
- 3 - Noções simples e gerais sobre a doença:
 - Conceito de pressão arterial;
 - Conceito de hipertensão não controlada;
 - Alerta quanto aos sintomas e sinais de hipertensão.
- 4 - Dieta:
 - Porque?
 - Alimentação permitida;
 - Alimentação não permitida e consequências da negligência na dieta;
- 5 - Necessidades de repouso diário:
 - Cuidados com a tensão emocional;
 - Relaxamento.
- 6 - Tratamento:
 - Medicamentoso;
 - Importância;
 - Efeitos colaterais;
 - Perigo da auto-medicação.
- 7 - Controle da pressão arterial:
 - Importância da verificação;
 - Se possível ensinar a verificar.
- 8- Obesos:
 - Obesidade e hipertensão, como emagrecer;
 - Controle do peso.
- 9 - Exercício físico:
 - Como fazê-lo;
 - Importância.
- 10- Complicações que podem ser causadas pela hipertensão arterial:
 - Fatores de risco.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

RELATÓRIO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA NO POSTO DE SAÚDE DA PREFEITURA MUNICIPAL
DE FLORIANÓPOLIS EM CAPOEIRAS

LAIRIS CRISTINA DE SOUZA

LUCIANA DEEKE SASSE

MARLI MEDEIROS VIEIRA

ROSENETE REGINA OTTO

Curso de Graduação em Enfermagem

VIIIa. Unidade Curricular - INT 1108

ORIENTADORA: Profa. Diva Fiorini

SUPERVISORA: Vera Maria de Lacerda Mortari

Florianópolis - Junho 1990.

"Mais do que máquinas
precisamos de humanidade.
Mais do que inteligência
precisamos de afeição e
doçura ...".

Charles Chaplin

AGRADECIMENTOS

"O melhor amigo é aquele que nos faz melhores do que somos. Que nos ajuda a enfrentar as situações difíceis e não desperçar as oportunidades da vida" (Roque Schneider).

- Aos nosso pais e familiares pela ajuda, carinho, apoio e compreensão dispensados durante todo o período.

- A Diva Fiorini, nossa Orientadora, pela orientação inicial, discussão durante o período, bem como pela confiança depositada em todo o período de estágio.

- A Vera de Lacerda Mortari, nossa supervisora, por seu carinho, apoio, confiança e esclarecimentos de dúvidas durante o estágio.

- À equipe multiprofissional do posto de saúde pela receptividade, apoio e incentivo na execução desse projeto.

- À comunidade pela acolhida e oportunidade que nos propiciaram para a realização deste trabalho.

- Aos grupos formados, pela troca de experiências, carinho e amizade; bem como as pessoas que indicaram e contribuíram para nosso contato com os grupos e aos representantes destes.

SUMÁRIO

	PÁG.
1 - INTRODUÇÃO	5
2 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS	8
2.1 - Objetivo nº 1	8
2.2 - Objetivo nº 2	22
2.3 - Objetivo nº 3	30
2.4 - Atividades não Previstas e Realizadas	39
3 - CONCLUSÃO	42
4 - BIBLIOGRAFIA	45
4.1 - Citada	45
4.2 - Consultada	46

1 - INTRODUÇÃO

Apresentamos o relatório a seguir referente as ações de enfermagem propostas na atenção primária no posto de saúde da Prefeitura Municipal de Florianópolis em Capoeiras, da VIIIa. Unidade Curricular, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC).

O estágio foi desenvolvido por quatro acadêmicas, sob orientação da professora docente da UFSC e supervisão da enfermeira funcionária do posto local. Este teve duração de 55 dias, com carga horária de 4 horas, perfazendo um total de 220 horas, sendo desenvolvido no período matutino e vespertino.

Procuramos relatar neste trabalho a análise dos objetivos previamente propostos no planejamento, relatando cada estratégia, nosso desempenho e avaliação dos resultados.

Para Schulz¹ avaliar é "o processo de determinar o valor ou a extensão do sucesso em se atingir um objetivo pré-determinado. Inclui as seguintes etapas: formulação dos objetivos; identificação do critério apropriado a ser usado para medir o sucesso; determinação e explicação do grau de sucesso; recomendações para atividades ulteriores do programa".

Como nosso trabalho foi fundamentado na educação para a saúde é importante frisar que o conhecimento popular, embora muitas vezes ignorado, é enriquecedor e só é válido na medida em que somos capazes de partir do nível em que a população encontra-se e portanto, aprender-ensinar e vice-versa com ela. Se não for desta forma nossa contribuição não vale nada, ou pelo menos, vale muito pouco.

Para Freire² "uma educação que procura desenvolver a tomada de consciência é atitude crítica, graças a qual o homem escolhe e decide, liberta-o em lugar de submetê-lo, de domesticá-lo, de adaptá-lo tende a ajustar o indivíduo a sociedade, em lugar de promovê-la em sua própria linha".

Analisando a relação das principais doenças brasileiras, vê-se que não são problemas, na sua maioria, para serem velados ao hospital. Poderiam ser resolvidas por prevenção e por atendimento primário. Suas maiores causas ainda são as más condições de habitação, a má distribuição de comida, a falta de água potável e de esgoto, a falta de terra para plantar, a falta de segurança no trabalho, o desemprego e os problemas educacionais entre outros.

Para Mendonça³ "a atenção primária à saúde traz implícita, em sua concepção básica, uma estratégia de mudança que deve significar muito mais do que o benefício imediato da prestação de serviços de saúde à população. A sua prática deve, de fato, permitir que a participação da população venha a ter um valor educativo, entendida a prática educativa como um compromisso com a transformação da Realidade".

Entendemos que os problemas de saúde, de grande importância para as pessoas, constituem motivos para que a população se organize na busca de soluções coletivas. Esta situação é favorável para a prática da educação em saúde, de forma permanente, baseando-se numa interação respeitosa com a cultura popular e a maneira como a população percebe seus problemas de saúde.

Dentro desta linha de pensamento concordamos com Mendonça quando afirma que "os profissionais da unidade de saúde devem desenvolver entre si um espírito de equipe onde realmente reflitam, decidam e trabalhem juntos, estabelecendo um verdadeiro relacionamento horizontal, como uma postura profissional que se estende às relações com a população".

Acreditamos que o pessoal da saúde deve ser parte integrante no diálogo com o povo e que só assim ficaria claro o fato da saúde ser um direito e uma responsabilidade popular.

Para nós este relatório divulga nosso desempenho e mostra os objetivos, demonstrando os resultados.

Nossa pretensão é mostrar resultados, levantar pontos positivos e negativos fundamentando-os, bem como apresentar sugestões para que a assistência prestada à população tenha melhor qualidade.

2 - AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS

2.1 - Objetivo nº 1: Atendimento de enfermagem à mulher.

Estratégias:

- Reunir as gestantes que estão em controle de pré-natal no Posto de Saúde;
- Convidar as gestantes da comunidade através de cartazes colados em pontos estratégicos, através da assembleia na paróquia e comunicação aos alunos do Colégio Anibal Nunes Pires;
- Organizar um curso de orientação a gestante através de divulgação na Igreja e no Posto.

Através de informações obtidas pelo pároco da Igreja de Capoeiras, ficamos sabendo que já havia um grupo de gestantes formado. Estas reuniam-se todas as 4a. feiras para confeccionarem enxoval para o bebê. O material utilizado para a confecção era doado pela LBA.

Entramos em contato com as orientadoras do grupo e expusemos nosso objetivo, com a intenção de utilizar estas reuniões para realizar palestras à gestante. Como nossa proposta foi aceita, ficou decidido que seriam realizadas duas pales-

tras por mês, com duração de 60 minutos cada uma delas.

Através de comunicação direta, as gestantes do Posto de Saúde eram informadas da existência do grupo, e do dia da realização das palestras.

O Pároco da Igreja também encarregou-se de divulgar nosso trabalho nas missas realizadas por ele na paróquia.

1º Encontro.

Tema: Apresentação do Grupo e escolha de assuntos.

Local: Salão Paroquial da Igreja de Capoeiras Luz e Sol.

Data: 4/4/90 Horário: 14:00 as 15:00 horas.

Utilizamos o 1º encontro para apresentação e para conversar com as gestantes sobre o que gostariam de saber a respeito dos problemas da mulher e em especial do momento da gestação. Levamos sugestões sobre os diversos assuntos e com o grupo escolhemos os seguintes assuntos:

- . fisiologia e anatomia do órgão reprodutor feminino;
- . modificações ocorridas na gravidez e anatomia do órgão reprodutor feminino, incluindo aspectos emocionais e psicicos relacionamento com familiares e/ou companheiros;
- . aleitamento materno;
- . cuidados com a puérpera e recém-nascido.

Ficou decidido que os assuntos escolhidos seriam discutidos em cinco encontros já que os líderes do grupo de costura achavam que se participassemos de todos os encontros atrapalharíamos a confecção do enxoval. Esses encontros se realizaram em quartas-feiras intercaladas.

Neste nosso primeiro contato participaram 7 gestantes. O grupo sentiu que as gestantes estavam interessadas em conversar conosco a respeito de seus problemas e dúvidas sobre seu próprio corpo.

2º Encontro

Tema: Anatomia e Fisiologia do aparelho reprodutor, fisiologia e distúrbios do primeiro trimestre de gravidez.

Data: 18/04/90.

De acordo com os temas escolhidos anteriormente os assuntos discutidos foram os seguintes:

- fisiologia e anatomia do órgão reprodutor feminino e masculino e concepção;.
- distúrbios gravídicos e modificações ocorridas no organismo até o quarto mês e necessidades alimentares da gestante.

Inicialmente distribuimos folhas em branco e lápis e solicitamos que cada participante desenhasse como imaginasse seu abdômem e órgão reprodutor internamente.

Em um segundo momento recolhemos os desenhos e discutimos com elas suas opiniões conforme seus desenhos. Após mostramos um desenho simplificado e esclarecemos como era realmente o seu corpo. Aproveitamos a oportunidade e apresentamos também a anatomia e fisiologia do homem. Explicamos também como e porque ocorria a concepção. Partimos então para o segundo tema o que levou as gestantes a participarem bastante com suas próprias experiências e idéias. Para explicar a evolução da gravidez também fizemos uso de desenhos e gravuras.

O grupo contou com a presença de 7 gestantes. Ao término fizemos uma avaliação do encontro com o grupo para discutir se a maneira como apresentamos os assuntos estavam bons e se elas acharam válida a nossa atuação em seus encontros. Ficamos felizes em saber que éramos bem vindas no grupo de que estávamos indo de encontro com as suas necessidades.

3º Encontro.

Tema: Distúrbios gravídicos, fisiologia do 2º e 3º trimestre de gravidez.

Data: 02/05/90.

Chegamos no local no horário previsto (14:00 horas) e encontrava-se somente 1 (uma) gestante, decidimos esperar por mais algum tempo pois haviam sempre retardatárias.

Levamos como recursos didáticos cartazes contendo desenhos para abordagem da fisiologia e dos distúrbios gravídicos, onde neste lavantamos os que, de forma informal captamos nos encontros anteriores serem prioritários e de maior interesse. Abordaríamos desta forma: tonturas e vertigens, hipotensão postural, hipoglicemia, edema, dispnéia, dor lombar, transpiração, cãibras, varizes, azia, náuseas, constipação e poliúria.

Apesar do planejamento e nosso preparo para a exposição, após 45 minutos de espera chegou somente mais uma participante. Conversamos informalmente com as presentes, porém, decidimos junto com estas que não realizaríamos a palestra em virtude do número de participantes.

4º Encontro.

Tema: Parto e alimentação do bebê.

Data: 09/05/90.

Convidamos a professora enfermeira Lorena Machado e Silva para realizar esta palestra, pois a mesma possui maior domínio do conteúdo o que facilita a compreensão do assunto pelas gestantes.

O horário da palestra foi marcado para as 14:30 horas, mas por atraso das gestantes começou as 15:00 horas com a presença de apenas duas gestantes.

A palestrante sentou-se em frente às gestantes e expôs o assunto através de um desenho feito no momento: desenhou um útero com um bebê pronto para nascer e explicou como se dá o trabalho de parto, quando é que a gestante deve ir para a maternidade, qual o comportamento que a mulher deve adotar para auxiliar no trabalho de parto e quantas horas, em média dura o parto de uma nulípara e uma múltípara. Também falou um pouco sobre a alimentação do bebê dando ênfase à amamentação. Colocou às gestantes a importância e as vantagens do aleitamento materno e junto com as mesmas calculou quanto em média custa o leite em pó para alimentar um recém-nascido durante um mês.

A palestrante procurou usar um vocabulário de acordo com o nível cultural das gestantes e sempre buscando a participação das mesmas.

Apesar da ausência de grande parte do grupo a palestra foi bastante proveitosa pois despertou o interesse não só das

gestantes mas também das orientadoras do grupo que relataram que apesar de já terem passado pela experiência de um parto, aprenderam muitas coisas que ainda não tinham conhecimento.

5º Encontro.

Tema: Aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.

Data: 23/05/90.

Compareceram ao encontro 8 gestantes, sendo que destas: 7 já haviam participado pelo menos uma vez nas palestras anteriores; 5 eram multíparas, 1 nulípara, 1 primipara.

A palestra foi realizada por duas acadêmicas, e, conforme planejado, abordamos os assuntos aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.

Inicialmente pedimos que cada uma das participantes relates suas experiências anteriores e, através deste, questionávamos cada uma, se concordava ou não, se poderia acrescentar algo mais e também se acreditava ser a forma como fora relatada a correta. A partir dos comentários, concordamos ou não, apresentávamos a forma ideal, porém, esta de maneira maleável, para que cada uma pudesse adaptar à sua situação.

Apresentamos com relação ao aleitamento os assuntos: amamentação, importância do aleitamento materno, fisiologia da lactação, cuidados com as mamas, exercícios para o desenvolvimento do mamilo, problemas comuns da amamentação e como amamentar, priorizando de acordo com o grupo: cuidados de higiene com a mama e a boca do bebê; colocação e retirada do bebê na mama; cuidados com a respiração do bebê ao amamentar.

Quanto aos cuidados com o recém-nascido, priorizamos os cuidados com o coto umbilical e higiene.

Com relação aos cuidados com o coto mostramos, após o relato de cada uma, desenhos de forma simplificada de como cuidar do curativo e higienizá-lo. Utilizamos também como recurso para enfatizar os cuidados durante o banho uma boneca demonstrando como segurar o bebê durante o banho.

Finalizando esta palestra, fizemos um feed-back de todas as palestras realizadas para podermos avaliar a captação dos assuntos abordados bem como nossa participação no grupo, já que esta será a última. Após cada uma relatar como recebera e como assimilara as informações; tanto de nossa parte como também das experiências das outras companheiras, concluímos que foram proveitosos os encontros, já que as formas relatadas apresentaram-se de forma positiva considerando os encontros como uma consciência crítica em relação as suas condições dentro de suas realidades.

Para BOFF⁵ "existe um elemento que favorece a aceleração da consciência e organização do povo. É o contato com a experiência ou prática viva de outros grupos mais avançados. Tal contato pode-se dar na própria prática ou mesmo em encontros de reflexões. Estes marcam para muitos um ponto de partida ou um salto decisivo. Na verdade, povo não é apenas o povo com que se trabalha. É uma entidade social maior com a qual se mantém laços históricos".

Consideramos esta estratégia alcançada pois realizamos um total de cinco encontros dentro do grupo já formado.

- Agendar as puérperas para atendimento mãe e filho.

Os agendamentos foram realizados de acordo com o período gestacional em que se encontrava cada gestante.

Os atendimentos foram realizados através de visitas domiciliares, onde as puérperas receberam orientações das condutas que deveriam tomar para realizarem o auto-cuidado e os cuidados com o bebê. As perguntas mais frequentes feitas pelas gestantes eram sobre: amamentação, banho, vacinação, cuidados com o coto umbilical.

Segundo King & Martodipoero⁶ "o relacionamento mãe-filho vem sendo um dos assuntos de maior destaque dos últimos anos e tem despertado a atenção dos profissionais da área de saúde, para uma assistência integral à mãe e a criança, enfatizando as suas necessidades afetivas, seu equilíbrio emocional e o processo de socialização".

Concluimos através desta estratégia a importância de se realizar atendimento mãe-filho, pois dá ao profissional enfermeiro a chance de educar e/ou orientar ou ainda de aplicar o cuidado necessário.

Consideramos esta estratégia alcançada visto que as puérperas existentes no posto receberam atendimento mãe-filho pelas acadêmicas.

- Realizar palestras na comunidade sobre métodos anticoncepcionais e outros assuntos de interesse;

- Solicitar a presença dos maridos e companheiros.

Durante a terceira semana de estágio nos integramos com os membros do conselho comunitário de Capoeiras com o propósito de obtermos local e data da palestra a ser administrada.

A nossa principal função nesta palestra foi a de coordenação da mesma.

Refletindo sobre esta atividade que até certo ponto foi trabalhosa, porém gratificante, achamos ser a mesma de grande importância tanto para a integração dos participantes, bem como a divulgação do próprio cuidado que a enfermagem dispensa aos pacientes, enfatizando assim a educação continuada dos mesmos com relação ao seu auto-cuidado.

Plano de Palestra.

Assunto: Planejamento Familiar.

Data: 15/05/90.

Horário: 19:00 horas.

Local: Clube Flamengo - Capoeiras.

Conteúdo:

- . Apresentação da equipe e da palestrante;
- . Exposição dos assuntos a serem abordados;
- . Apresentação do filme "Para Viver com Amor";
- . Demonstração dos vários métodos anticoncepcionais;
- . Explicação sobre: modo de uso, validade, custo, complicações, funcionamento, facilidades etc ... dos vários métodos anticoncepcionais;
- . Expectativa dos participantes;
- . Encerramento.

Recursos:

- . Slaidés;
- . Exemplaress de cada método anticoncepcional;
- . Útero de borracha;
- . Microfone.

Coordenadores: Lairis Cristina de Souza;

Marli Medeiros;

Rosenete Otto.

Ministrante: Enfermeira Silvana Maria Pereira.

Colaborador: Diva Fiorini.

A atuação dos profissionais de saúde, no que se refere à questão do planejamento familiar, deve estar pautada no pressuposto básico de que todas as pessoas tem o direito e a liberdade de escolha dos métodos de concepção ou anticoncepção, que lhes convenha, como indivíduos ou como casais.

É de competência dos serviços de saúde dar assistência tanto as pessoas que desejam ter filhos, mas que apresentam alguma dificuldade para tal, quanto aqueles que, por razões pessoais ou médicos, desejam evitar uma gravidez.

A assistência em contracepção pressupõe a oferta de todas as alternativas possíveis em termos de métodos anticoncepcionais reversíveis, bem como o conhecimento de suas indicações, contra-indicações e implicações de uso, garantindo a mulher ou ao casal os elementos necessários para opção livre e consciente do método que melhor se adapte. Pressupõe ainda, o devido acompanhamento clínico-ginecológico à mulher, independente do método escolhido.

Relatório da Palestra.

A palestra aconteceu no salão de festas do Clube Flamengo, no dia 15/05/90, às 19:00 horas. Neste dia foi realizado a entrega de ticket do leite para membros da comunidade. Foram utilizados 45 minutos do tempo antes da realização da entrega dos tickets.

A palestra teve como tema "planejamento familiar", e foi ministrado pela enfermeira Silvana Maria Pereira. Aproximadamente 120 pessoas (homens e mulheres) compareceram. Contamos com a colaboração da enfermeira/professora Diva Fiorini, e a coordenação das acadêmicas de Enfermagem Laíris Cristina de Souza, Marli Medeiros e Rosenete Otto.

A ministrante convidada pelas coordenadoras, atua como profissional na área de saúde do Hospital Universitário.

A palestra foi realizada da seguinte maneira: demonstração do filme "Para Viver com Amor" com comentários da Acadêmica Marli Medeiros. O filme era interrompido cada vez que abordava um tipo de método anticoncepcional. Então a ministrante/enfermeira Silvana Maria Pereira expunha o objeto utilizado como método anticoncepcional e demonstrava, quando necessário, através de um útero de borracha, a localização e modo de usar do mesmo. Ainda explicava a função, riscos, consequências, modo de usar, período, custo, facilidades etc Foram abordados todos os métodos anticoncepcionais.

No final da palestra foi dado um tempo para perguntas e dúvidas dos participantes.

Deduzimos que grande número das mulheres participantes apresentavam dúvidas com relação aos métodos anticoncepcionais, pois procuraram a equipe após a palestra para esclarecimento, e pelas perguntas feitas durante a palestra, além do que muitos não expuseram suas dúvidas em público por apresentarem uma certa inibição em relação ao assunto.

Concluimos que a realização destes eventos, é de fundamental importância à nível de saúde pública na comunidade e achamos que deve ser uma das atividades profissionais de Saúde dos Postos de Saúde Periféricos a coordenação das atividades, tendo em vista ser a população usuária dos serviços de saúde que se reúne uma vez em cada mês.

Nas ocasiões em que solicitamos um espaço para a realização da palestra encontramos uma barreira inicial por parte dos membros da diretoria do conselho comunitário até por desconhecerem o caráter da proposta, porém após a apresentação da palestra os mesmos solicitaram para que fosse realizada pelo menos mais uma.

A realização desta palestra foi de grande validade pois tivemos ótima receptividade, contando com boa participação por parte do público.

- Orientar as mulheres através da consulta de enfermagem sobre a prevenção de câncer cérvico uterino e de mama.

Segundo Silva e cols.⁷ "a tarefa de orientar, não é simples, porque deve haver harmonia entre pacientes e enfermeiros no estabelecimento das prioridades de assistência, fazendo com

que o indivíduo seja participante ativo no seu tratamento, o que certamente contribuirá para evitar conflitos".

As orientações individuais seguiram roteiro conforme anexo no projeto porém, eram abertas a modificações conforme o nível de assimilação e prioridades estabelecidas pelos pacientes ou identificadas pelas acadêmicas.

Realizamos um total de 18 consultas de enfermagem à mulher. Grande número de pacientes foram orientadas sem que fosse realizada uma consulta propriamente dita.

As orientações mais frequentes eram sobre: preventivo de câncer cêrvico uterino, preventivo de câncer de mama, inclusive auto-exame, planejamento familiar, higiene íntima do casal antes e após o coito.

Para Orem citada por Nunes⁸, "competência dos indivíduos para o auto-cuidado é uma terminologia usada para simbolizar o poder dos indivíduos e de se engajarem em auto-cuidado de forma a atender suas necessidades individuais. A competência para o auto-cuidado desenvolveu-se juntamente com os indivíduos, pois inicia seu desenvolvimento na infância, atinge um maior grau de desenvolvimento na idade adulta e declina na idade avançada".

Podemos afirmar que esta estratégia foi alcançada na sua totalidade, pois foram planejadas 16 consultas e realizadas 18

- Realizar revisão bibliográfica sobre o assunto.

Durante a semana de adaptação (19/03 a 23/03), o grupo

iniciou a revisão bibliográfica, quando pesquisou-se aspectos relacionados com o tema a que se refere cada estratégia.

A revisão bibliográfica referente a estas estratégias encontra-se em Anexo 1 e 2.

- Realizar visita domiciliar.

Segundo Scotney⁹ "a visita domiciliar quando inclui entrevistas francas e conduz a um relacionamento amigo pode dar um novo sentido ao trabalho do pessoal de saúde. Vendo o problema através dos olhos dos "consumidores", o pessoal muitas vezes percebe a necessidade de mudar as rotinas do serviço para que as pessoas sejam atendidas com maior consideração. Em segundo lugar, eles aprenderam a tratar todos os pacientes de maneira mais humana e compreensiva. Na realidade, eles recebem maior cooperação e obtêm muito mais satisfação de seu trabalho.)"

A visita domiciliar visa o atendimento de enfermagem no domicílio, com objetivos previamente traçados.

Inicialmente elaboramos um roteiro de visita para ser utilizado antes, durante e após as visitas domiciliares (Anexo 2).

A visita domiciliar realizada pelas acadêmicas teve por finalidade avaliar as orientações dadas durante as consultas, se foram compreendidas e se estavam sendo executadas. Era observado ainda, nível sócio-econômico e cultural do indivíduo, para verificar se as orientações feitas eram conduzentes com a realidade do cliente.

Foram realizadas 8 visitas domiciliares a mulher sendo que as mesmas receberam orientações em relação a prevenção do câncer cêrvico uterino e de mamas periodicamente, métodos anticoncepcionais, incentivando-as sempre para o auto-cuidado.

Muitas vezes o paciente transmite uma vivência que não é a realidade e o profissional deixa de assisti-lo como um todo, passando a vê-lo somente naquele momento do seu problema, porém, na visita domiciliar ele deixa de vê-lo como um problema e o assiste num todo, numa visão holística.

Para o grupo, a visita domiciliar serviu de instrumento para avaliar se as orientações dadas eram seguidas pelo cliente, dando continuidade as orientações iniciadas durante as consultas e complementando-as, quando necessário.

A estratégia foi considerada alcançada, pois o número de visitas proposto foi efetuado. O aprendizado foi excelente e conseguimos colaborar com os visitados no sentido de reforçar e dar novas orientações, de acordo com as suas necessidades.

2.2 - Objetivo nº 2: Prestar atendimento à crianças.

Estratégias.

- Fazer exame físico e avaliação do crescimento e desenvolvimento, prestando orientações quando necessário.

A infância é um processo iniciado na concepção influenciado pelo ambiente que a criança vive e seu ritmo é bastante acelerado nos primeiros anos de vida. É uma sucessão de etapas de desenvolvimento com particularidades, porém, interligadas,

recebendo influências comuns e umas sobre as outras.

Cada criança possui um desenvolvimento único e com ritmo próprio, não havendo desta forma delimitação cronológica rígida e exata para instalação e vivência de determinada etapa.

Desenvolvimento é "a aquisição gradativa de habilidades e atitudes, em um nível crescente de complexidade para estabelecer uma interação harmoniosa com o ambiente e atingir a auto-realização"¹⁰.

Realizamos durante o estágio um total de 16 consultas à criança utilizando roteiro anexado no projeto colocando junto ao prontuário a avaliação em forma de SOAP. SOAP

A consulta de enfermagem foi viabilizada através da vinda das crianças ao Posto para consulta médica ou odontológica. Através de conversa informal no corredor de espera selecionamos para as consultas. Explicávamos ao acompanhante da criança o que seria a consulta e estes em sua maioria concordavam prontamente.

O critério para consulta, era crianças menores de 6 anos de idade ou que apresentassem alguma intercorrência, o que sugeria necessidade de cuidados de enfermagem. Conforme o que era constatado na anamnese e/ou exame físico, a criança era agendada para retorno e se necessário, realizávamos visita domiciliar.

Percebemos através das consultas realizadas que grande parte das crianças não estão recebendo no domicílio cuidados adequados na atenção primária de saúde. Acreditamos que este

fator deve estar relacionado à baixa condição sócio-econômica, que leva a mãe a ter que trabalhar fora do lar no período diurno, onde a criança fica sob os cuidados de vizinhos, irmãos mais velhos, avós ou em creches. De forma geral, analisamos que o crescimento e desenvolvimento das crianças que foram avaliadas encontrava-se abaixo dos parâmetros e/ou desenvolvimento esperados para a idade conforme tabela em anexo, já referido no projeto, por falta de preparo por parte das mães ou responsáveis acima citados não atendendo satisfatoriamente as necessidades básicas da criança. Procuramos atuar neste sentido prestando orientações tanto no posto de saúde como no domicílio. Foram orientados também em relação a: higiene, alimentação, vacinação, profilaxia e tratamento de doenças diarreicas, desidratação e infecção respiratória, sendo esta última a mais frequente durante o período de estágio.

- Realizar controle vacinal.

- Orientar a mãe ou família em relação às doenças preveníveis por vacinação e sobre sua importância.

Foi feito levantamento dos faltosos do esquema vacinal durante a segunda semana de estágio onde obtivemos os seguintes dados: De 258 crianças cadastradas, 73,25% de faltosos.

A partir deste levantamento, foram selecionadas as crianças para a realização das visitas domiciliares. Procurando atingir ao máximo o número de faltosos e, de acordo com a prioridade da saúde pública adotamos a seleção das crianças para visita domiciliar a partir das seguintes critérios:

- endereço mais próximo ao posto;

- menor idade; e
- maior número de vacinas faltantes.

As visitas foram realizadas conforme roteiro do planejamento perfazendo um total de 10 sendo relatadas e anexadas nos prontuários dos pacientes. Após a realização destas visitas verificamos que a maioria das crianças já haviam recebido as vacinas, porém, os cartões controle do posto estavam desatualizados. Grande parte desta não atualização dever-se-ia a:

1. A vacina BCG, somente é administrada na Unidade Sanitária do Centro (Tipo A), onde a criança juntamente com esta receberia a segunda dose das vacinas DPT (tríplice) e SABIN (antipólio), e a mãe ou responsável somente atualizava o cartão controle do posto quando vinha ao posto para a realização da terceira dose;

2. Outra razão é que um funcionário do posto, como pudemos observar, nem sempre atualizava o cartão controle na hora em que administrava porém de relevada importância, pois não reflete a realidade sobre a cobertura vacinal do Posto de Saúde, dado epidemiológico importante. Com relação a este funcionário procuramos de maneira informal, oportunamente durante os contatos, conscientizá-lo da necessidade, importância para a criança caso a carteira de saúde venha a ser extraviada, bem como da organização administrativa no serviço de saúde. Apesar de várias tentativas não houve nenhuma mudança de comportamento observada. Desta forma informamos o caso a enfermeira supervisora, que relatou já estar ciente do problema. Durante o estágio foram atualizados 17 (dezessete) cartões/controlé no posto, e isto deu-se através de visitas domiciliares, vinda da

criança ao posto para vacina, conscientização da mãe ou responsável da necessidade da atualização do cartão, através de conversa informal: no corredor de espera; durante a administração de medicamento(s); durante as consultas de enfermagem por nós realizadas. Também relatamos ao médico o fato para que reforçasse a orientação às mães durante suas consultas. Da percentagem de faltosos inicialmente levantados obtivemos diminuição destes, ficando em 66,66% (dado duvidoso). Nos dois últimos dias de estágio, realizamos um novo levantamento para avaliação, constatamos que havia maior número de faltosos e devia-se a alguns fatores como:

1. Novas crianças foram cadastradas e já havia vencido o prazo para administração da segunda dose das vacinas DPT, SABIN e BCG;

2. Haviam mais cartões incompletos, vencidos durante o estágio após o primeiro levantamento;

3. Algumas fichas foram completadas sendo colocadas no arquivo morto.

Desta forma de acordo com o quarto levantamento realizado constatamos que desde 30/03/90, último dia do primeiro levantamento, haviam no arquivo um total de 292 fichas cadastradas, onde destas, 37 foram "abertas" no período de estágio, e 217 eram faltosos.

Isto em percentagem equivale a concluir que findamos o estágio com 74,31% de faltosos com a vacina, de acordo com os dados obtidos na ficha de cadastro.

Deixamos no posto com a enfermeira supervisora uma rela-

ção contendo nome, endereço e especificação da(s) vacina(s) das crianças faltosas; bem como enfatizamos aos funcionários a importância da continuidade do trabalho com a comunidade, aproveitando cada oportunidade dos contatos para lembrar-lhes do cartão de vacina explicando a estes sua importância.

Foi proveitosa nossa conversa com os funcionários pois houve várias interrogações de como realizar e alternativas para casos específicos.

Concordamos com Freire¹¹ que relata que "na medida em que o homem, integrado em seu contexto, reflete sobre este contexto e se compromete, constrói a si mesmo e chega a ser sujeito".

De acordo com o citado, acreditamos que haverá continuidade do trabalho já que, além do levantamento dos faltosos das vacinas, deixamos no posto o roteiro de visita domiciliar. Consideramos desta forma a estratégia alcançada.

- Realizar visita domiciliar priorizando intercorrências clínicas e problemas no crescimento e desenvolvimento.

Muito já se tem escrito a respeito da importância da abordagem familiar para a assistência à saúde adequada, salientando-se que o ambiente familiar, quer sob os aspectos de relacionamento afetivo-social, quer sob os aspectos físicos, se constitui no conjunto das mais poderosas forças que influenciam a promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos.

A visita domiciliar, como método de trabalho junto às famílias, tem as seguintes vantagens:

- proporciona o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto ou meio ambiente, caracterizado pelas condições de habitação e pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família;
- facilita a adaptação do planejamento da assistência de enfermagem de acordo com os recursos que a família dispõe;
- proporciona melhor relacionamento do profissional com a família, por ser o método menos formal e sigiloso em relação aos utilizados nas atividades internas dos serviços de saúde;
- proporciona maior liberdade para os pacientes exporem seus problemas, porque o tempo dedicado a eles é bem maior;
- os visitados ficam satisfeitos porque receberam atenção e com isso a comunidade passa a ter mais crédito pelos profissionais da saúde.

Durante o período de estágio realizamos um total de 11 visitas domiciliares à criança seguindo um roteiro que encontra-se anexado no projeto. Selecionamos as visitas de acordo com a necessidade encontrada. A maior parte das visitas foram feitas a faltosos do programa de vacinação e algumas à intercorrências clínicas. O relatório das visitas foi anexado no prontuário do paciente. Foi de muita valia a realização das mesmas pois, nos proporcionou o conhecimento do domicílio e através das necessidades encontradas, prestar uma assistência direcionada a aquele paciente dentro de sua realidade.

- Realizar palestra na escola sobre Educação em Saúde para professores e alunos.

Logo na primeira semana de estágio, nos apresentamos ao diretor geral do Colégio Anibal Nunes Pires e nos dispomos a realizar palestras à alunos e professores sendo que estes deveriam escolher o tema de acordo com a necessidade. O diretor mostrou-se receptivo, gostou da proposta e pediu-nos alguns dias para conversar com professores e alunos para discutir o assunto.

Após alguns dias, voltamos ao estabelecimento e o diretor falou-nos que havia grande necessidade de se fazer uma palestra sobre Primeiros Socorros pois estava havendo grande número de desmaios e outros casos, sendo que os professores e serventes não estavam preparados para atender os casos. Deu-nos a data de 27/04 para realizarmos a palestra para os serventes e nos colocou que os professores não aceitariam ficar no dia de folga (27/04) em uma palestra. Neste mesmo dia mostrou-se muito intransigente, colocando vários obstáculos para a realização da palestra. Aceitamos a proposta do diretor e questionamos a falta, de um atendimento de saúde especializado neste colégio sendo que em outros como o IEE este problema não existe. Dias após recebemos um recado do diretor que solicitava nossa presença. Fomos até o local e como encontramos apenas uma secretária, esta nos falou que neste exato momento estava havendo uma palestra sobre Primeiros Socorros para professores e demais funcionários. Passando pelo colégio em outra data encontramos, por acaso, o diretor que circulava pelo corredor. Este nos falou que havia conseguido outra equipe e esta já havia realizado a palestra. Propomos então outro tema como hipertensão para ser realizado em outra época, porém este mos-

trou-se radical dizendo que o calendário para o primeiro semestre já estava preenchido.

Devido aos motivos acima relacionado não foi possível alcançar esta estratégia.

2.3 - Objetivo nº 3: Implantação do projeto de atenção integrada ao hipertenso e ao diabético.

Devido a resistência encontrada quanto ao projeto de hipertensão e diabetes sob alegação de falta de recursos por parte da Secretaria de Saúde, não foi possível a implantação do mesmo. Apesar disso, as acadêmicas juntamente com a equipe profissional do Posto de Saúde de Capoeiras decidiram implantar de acordo com os recursos existentes, um projeto de atenção primária a hipertensos, utilizando como base o projeto de hipertensão da Prefeitura Municipal de Florianópolis.

Chegamos a conclusão, junto com a enfermeira do posto que a implantação do projeto de atenção a diabéticos seria inviável, por falta de recursos para dar continuidade ao trabalho, o que levaria a um descrédito da população em relação ao posto.

Estratégias.

- Promover uma reunião com a equipe multiprofissional que atua no posto e expor o projeto para avaliar a sua viabilidade.

A reunião com a equipe multiprofissional foi realizada no dia 21/03/90, onde foi decidido que seria implantado o pro-

jeto de atenção primária somente a hipertensos devido aos motivos citados anteriormente.

Segundo Nogueira¹² "juntamente com a equipe multiprofissional o enfermeiro coleta e analisa dados sócio-sanitários da comunidade a ser atendida pelos programas específicos de saúde; elabora normas técnicas e administrativas para os serviços de saúde e estabelece o programa de saúde para uma coletividade".

- Realizar visitas domiciliares aos hipertensos e diabéticos.

Para alcançarmos esta estratégia foram selecionados 8 pacientes, através de consultas de enfermagem e pelo controle de pressão arterial realizadas pelas acadêmicas.

Realizamos as visitas domiciliares no prazo pré-estabelecido e mediante roteiro anexo ao projeto.

As visitas domiciliares selecionadas foram desenvolvidas na sua totalidade. Utilizamos o transporte coletivo e condução própria para executar as mesmas.

A visita domiciliar nos possibilitou conhecer o meio ambiente onde vive o paciente. A interação cliente-família e a adesão ou não do tratamento, bem como reconhecer os déficits para o auto-cuidado.

Podemos perceber a importância da mesma, pois é um estímulo para que o paciente se sinta motivado a realizar seu auto-cuidado. Segundo relato dos pacientes, constatou-se que as

visitas domiciliares proporcionam uma continuidade a assistência prestada no posto de saúde, fazendo com que haja uma confiança por parte destes, no serviço de enfermagem.

Concordamos portanto, com Fonseca & Nogueira¹³ que ao falarem sobre os objetivos da visita domiciliar, relatam que a mesma proporciona o conhecimento do indivíduo dentro do seu verdadeiro contexto ou meio ambiente, caracterizado pelas condições de habitação ou pelas relações afetivo-sociais entre os vários membros da família, que são alguns dos importantes fatores a serem identificados para prestação da assistência integral a saúde.

Acreditamos que a visita domiciliar é o melhor meio para aumentar a qualidade da educação para a saúde além de permitir que se avalie e promova o envolvimento do paciente e da família no tratamento. Podemos, através desta adquirir um conhecimento amplo do meio em que vive o paciente, tais como: condição sócio-econômica, saneamento básico, integração entre a família e nível cultural.

Percebemos que nem sempre o que o paciente transmitia acerca de seu meio ambiente era realidade e que a visita nos possibilitou a vê-lo como um todo, não só nos limitando a assisti-lo somente em relação ao problema específico que apresentava no momento em que nos procurou no posto.

Nos sentimos bem realizando esta atividade, fomos bem recebidas por todos, inclusive solicitadas para voltarmos a fazer as mesmas visitas após o período de estágio.

Por estar pré-estabelecido 6 visitas, consideramos o objetivo alcançado.

- Verificar pressão arterial de toda a demanda da unidade acima de 18 anos.

Inicialmente obtivemos informações com a equipe de saúde do Posto da Coloninha cujo projeto de atenção a hipertensos e a diabéticos da Prefeitura está em funcionamento. Determinamos conforme experiência obtida pela enfermeira deste mesmo posto, que o ideal seria verificar a PA de toda a demanda somente nas duas primeiras semanas que a partir daí a verificação da PA seria destinada ao controle dos casos detectados.

A divulgação do programa foi feito através de cartazes fixados no posto e através de bate-papo informal realizado na sala de espera.

Nas duas primeiras semanas foi verificada a PA de 158 pacientes e 157 no restante do estágio, perfazendo um total de 375 pacientes com PA verificada, onde 64 destes foram cadastrados como hipertensos segundo critério já estabelecidos anteriormente.

Apesar da insistência e das orientações dadas aos funcionários nem sempre todas as PA verificadas por eles foram anotadas.

Concluimos que a forma como foi verificada a PA da demanda, já utilizada em outro posto, é adequada para atingir os objetivos do projeto.

- Realizar consulta de enfermagem e/ou encaminhar à consulta médica nos casos diagnosticados de hipertensão arterial e diabetes.

Durante o período estabelecido para realização da consulta de enfermagem foram programadas 6 consultas a hipertenso e realizadas 9, utilizando roteiro anexado no projeto e anexado junto ao prontuário a consulta em forma de SOAP.

As consultas foram selecionadas segundo critérios existentes no projeto de atenção a hipertenso e a diabético da Prefeitura Municipal.

Utilizamos a metodologia do auto-cuidado de Dorothea Orem. Esse método além de científico se mostrou prático pois facilitou as resoluções quanto as medidas na consulta de enfermagem, utilizamos a entrevista com o auxílio do roteiro anexado no projeto, orientações informais, exame físico e encaminhamentos a outros profissionais da área.

Dos 64 pacientes por nós cadastrados 23,8% apresentaram PA acima de 16/95 mmHg, estes foram encaminhados para consulta médica.

Segundo Araújo¹⁴ "na consulta de enfermagem, os enfermeiros desempenham um papel relevante junto ao cliente, num sentido bem mais abrangente, objetivando uma assistência integralizada, em prol da melhoria do estado de saúde do assistido".

Através das consultas de enfermagem, identificamos os conhecimentos do paciente sobre a sua doença e os cuidados necessários com a mesma, oferecendo a estes orientações indis-

pensáveis para aquele momento de forma clara e objetiva.

Segundo Ramos¹⁵ "a orientação para a saúde é de fundamental importância para os pacientes crônicos, em razão de suas necessidades específicas, nesse sentido, a orientação para a saúde torna-se imprescindível a segurança física, emocional e social".

Concluimos com este objetivo a importância de se realizar a consulta de enfermagem uma vez que através da mesma identificamos o potencial do paciente sobre o seu conhecimento e a capacidade de agenciar o auto-cuidado, dando ao profissional enfermeiro a possibilidade de educação e/ou orientação e ou cuidado necessário.

Para nós esta é também uma forma do enfermeiro buscar seu espaço de atuação, onde além da valorização e reconhecimento profissional por parte dos pacientes, é uma atividade que exige contínuo aperfeiçoamento, muito estudo e dedicação que fatalmente o levará ao verdadeiro compromisso social.

Este objetivo foi considerado alcançado pois o número de consultas realizadas foi acima do programado.

- Realizar acompanhamento de enfermagem juntamente com o acompanhamento médico e nutricional.

O acompanhamento de enfermagem ao paciente só foi realizado com o médico já que no posto não há o serviço de nutrição. Houve a possibilidade de acompanharmos a consulta médica ao paciente, no entanto constatamos que pelo tipo sucinto da consulta realizada no posto, tendo em vista a grande demanda

de pacientes a nossa atuação se tornaria mais eficiente se permanecêssemos do lado de fora do consultório complementando as mesmas com orientações mais específicas, esclarecendo dúvidas, prestando informações quanto ao auto-cuidado e agendando consultas e visitas quando consideradas necessárias. Procuramos sempre que possível manter um intercâmbio de informações com os médicos e funcionários relacionadas aos problemas dos pacientes afim de tornarmos mais completa a assistência aos mesmos.

- Encaminhar para ambulatório especializado pacientes hipertensos e diabéticos que não possam ser controlados no posto.

Para a maioria dos casos detectados não foi necessário encaminhar para serviços mais especializados. No entanto pacientes que apresentaram complicações que necessitaram de atendimento especializado (cardiologista, neurologista, angiologista, endocrinologista etc ...) foram encaminhados para nível secundário.

Os encaminhamentos foram feitos através de comunicação direta ao paciente, familiares e/ou acompanhantes.

- Cadastrar hipertensos e diabéticos.

Realizamos o cadastramento de hipertensos utilizando um fichário próprio. A ficha foi elaborada pela enfermeira do Posto da Coloninha, que vem sendo utilizada pela mesma desde que foi implantado o projeto de atenção ao hipertenso. Verificamos juntamente com a enfermeira que esta ficha deveria so-

frer algumas alterações, pois faltavam alguns dados importantes para que a tornasse mais completa (ver anexo).

Esta ficha foi utilizada em duas vias, sendo que uma permanecia no posto e a outra era destinada ao paciente. Os resultados da verificação da PA eram registrados nas duas vias. O paciente era orientado para que sempre que fosse verificado sua PA registrasse o resultado na mesma, e para que a levasse consigo em todas as consultas médicas e/ou de enfermagem.

Além da ficha utilizada, fizemos uso de um livro de registro onde anotávamos todas as PA verificadas durante o dia no posto, porém constatamos que nem sempre este era utilizado pelos funcionários do posto o que influenciou na avaliação final dos resultados.

Durante o período de estágio foram cadastrados 17% do total dos pacientes que tiveram suas PA verificadas.

Quadro 1 - Dados obtidos no final do período de estágio.

PACIENTES CAUSA	PACIENTES CADASTRADOS (SEXO)	PACIENTES QUE RETORNARAM MAIS DE 1 VEZ	PACIENTE COM CONTROLE MÉDICO	MÉDIA DE IDADE	MÉDIA DA PA
H.A.S.	53F 11M	33	38	57,4	16/9,5

Concluimos que a forma de realização do cadastramento atende satisfatoriamente as necessidades do serviço de saúde e principalmente do paciente hipertenso. Constatamos ainda que o cliente conscientiza-se da importância do uso da ficha tanto nas vindas para controle de rotina, consulta médica e/ou en-

fermaçem da unidade sanitária quanto em outros locais de saúde.

- Promover atividades educativas na comunidade relacionadas à hipertensão arterial e diabetes.

Inicialmente nos propusemos a oferecer uma palestra na escola estadual, situada ao lado do Posto tentando abran-ger pais, professores e funcionários, abordando as medidas profiláticas das respectivas doenças, seu controle e importância do tratamento. Após várias tentativas com a direção da mesma vimos que a realização da mesma seria impossível conforme já relatado.

Como estava ocorrendo um movimento na escola por parte de pais e alunos reivindicando a restauração da área física da escola tentamos levantar a questão da defasagem da área de saúde na mesma através de conversa informal nos corredores da escola.

Durante nosso período de estágio em relação à diabetes e hipertensão confeccionamos cartazes e afixamos no posto de saúde e fornecemos informações e orientações na sala de espera, na sala de consulta, nas reuniões com gestantes e nos contatos domiciliares na comunidade. Procuramos material audio-visual para realizar uma palestra sobre hipertensão para um grupo de idosos, mas, sendo mais direcionada para profissionais da área da saúde. Devido a esse motivo procuramos outro tema dentro da educação em saúde que será relatado no item 2 dos objetivos atingidos e não propostos.

- Prever juntamente com o responsável do posto, material e medicamentos para detecção e tratamento dos hipertensos e diabéticos controlados nas unidades.

Como a implantação do projeto de atenção ao hipertenso ocorreu por iniciativa das acadêmicas juntamente com a enfermeira, já relatado anteriormente, ficou estabelecido que o material utilizado como: estetoscópio e esfigmomanometro seria o já existente no posto ou o pertencente a uma das acadêmicas.

Por não termos tido apoio da Secretaria da saúde e portanto não termos os medicamentos necessários, resolvemos juntamente com os médicos que os pacientes que necessitassem de medicamentos receberiam a receita médica e seriam orientados para obtê-los no PAM central.

- Realizar acompanhamento de enfermagem a população de risco.

A maioria dos pacientes de risco possuíam controle médico e faziam uso de medicamentos.

O acompanhamento a esse tipo de paciente foi realizado através de visitas domiciliares. Durante estas visitas os pacientes recebiam orientações quanto a condutas que levariam ou manteriam suas PA a níveis normais.

2.4 - Atividades Não Previstas e Realizadas

De acordo com Veiga & Crossetti¹⁵ "o trabalho de enfermagem compreende ampla gama de técnicas e procedimentos. São conhecimentos acumulados ao longo da história e que, progressi-

vamente, vão sendo enriquecidos com novos estudos e descobertas. Nesta constante evolução, a concepção do homem como um todo é de fundamental importância para a compreensão de sua dimensão mais profunda, sem o que não será possível atingir pleno tratamento e recuperação. Se, por um lado, a doença causa desconforto e inibe o bem estar, por outro, o paciente não pode ser privado de seus direitos como pessoa".

1. No período de 26/03 à 11/05 realizamos técnicas de enfermagem: vacinações, aplicação de injeções, nebulizações, curativos, leitura do termômetro da geladeira, entrega de fichas de consulta médica.

Acreditamos que a prática de enfermagem utilizada no processo de recuperação do paciente, necessite sempre de procedimentos de enfermagem baseados em fundamentações científicas.

3. Reunião com Idosos.

Data: 01/06/90.

Local: Salão Paroquial.

Horário: 15 as 16 horas.

Havíamos planejado, após contato com os organizadores do grupo de idosos, uma exposição sobre hipertensão arterial. Como por motivos técnicos não foi possível a mesma, foi apresentado um vídeo sobre Educação em Saúde, visando os cuidados com o corpo humano em seus vários aspectos, englobando tanto a parte biológica quanto a psíquica. A fita também esclareceu, de uma forma simples e objetiva, a anatomia e fisiologia humana, descrevendo os vários sistemas de nosso corpo e a maneira

correta de preservá-los sempre com saúde.

Nesta reunião contamos com a participação de 20 senhoras que ouviram com bastante atenção o vídeo. Embora estivessem esperando a abordagem de um vídeo mais voltado aos problemas da terceira idade, relataram que o mesmo foi válido.

Após os comentários da fita nos desculpamos pelo imprevisto e nos colocamos à disposição para em outra ocasião levar outros assuntos mais direcionados aos seus problemas, incluindo se possível uma abordagem sobre hipertensão e diabetes. A sugestão foi bem aceita pelo grupo, onde relataram que é bastante proveitoso nestes encontros uma diversificação de suas atividades, pois além de ampliarem sua visão para os problemas específicos do grupo, poderão através desta, fazerem uma profilaxia para os problemas de seus familiares e/ou amigos.

3. Por solicitação do Presidente do Centro Comunitário de Capoeiras vamos realizar no dia 19/06/90, às 19:00 horas no Clube Flamengo, uma palestra sobre Tuberculose. Neste local e horário será entregue o ticket para o recebimento do leite para pessoas da comunidade.

3 - CONCLUSÃO

A VIIIa. Unidade Curricular que tem como objetivo levar o aluno a desenvolver um projeto de assistência, possibilitou em grande parte, às acadêmicas, desenvolverem-se como profissionais.

A escolha deste estágio e sobretudo a sua realização, oportunizou o aprendizado e também nos proporcionou evidenciar experiências que eram desconhecidas.

A proposta de assistência de enfermagem na atenção primária de saúde, desenvolvida durante o estágio com a finalidade de atender as necessidades básicas da população, trouxe às acadêmicas uma bagagem de conhecimento e experiências importantíssimas até então pouco exploradas.

Para May (1977)¹⁷ em Beland & Joyce, "o fundamental da psicologia humanística é compreender o homem como um ser, ou seja, atingir o aspecto mais íntimo de cada pessoa. E para que possamos atingir esse aspecto é preciso considerar a pessoa e seu ambiente como uma unidade composta de fatores interdependentes; é preciso compreender a maneira de pensar, sentir e fazer que o próprio homem desenvolveu como parte de seu am-

biente e ainda ter consciência de que o bem estar só é alcançado quando as necessidades estão sendo supridas satisfatoriamente".

Binswanger (1972)¹⁸, em Beland & Joyce, diz que "uma pessoa está doente não por ser necessariamente doente, mas porque a existência não tem significado e que os indivíduos adoecem na medida em que não sabem o porque de suas ações".

Faz-se portanto necessário que o enfermeiro relembre que qualquer doença altera a atuação interpessoal e social do indivíduo e tanto maior será essa alteração conforme for o valor físico, emocional e intelectual que a doença representa para o paciente e seus familiares, sem esquecer que o hospital poderá minimizar ou exarcebar tal alteração.

Ressaltamos que para as acadêmicas foi de extrema importância, a interação obtida com cada cliente assistido durante o estágio. A assistência a eles prestada foi planejada a partir de suas doenças, hábitos, práticas e forma de vida, de modo a possibilitar um conhecimento acerca de seus problemas e torná-lo capaz para auto-cuidar-se.

Muito importante, também é a independência que o aluno adquire, não tendo ao seu lado constantemente o seu professor e supervisor, criando nele, assim, uma maior consciência profissional, fazendo-o sentir, embora numa pequena medida, o que será, quando ele mesmo tiver que responder sobre seus próprios atos.

Observamos durante o período de estágio que nem sempre o

cliente era respeitado como ser humano e que as técnicas realizadas nem sempre seguia, a metodologia científica por falta de preparo técnico-científico por parte de alguns funcionários do posto. Temos ciência de que a educação em serviço é uma função do enfermeiro. Tentamos várias vezes atuar nesse sentido, não obtendo muito sucesso. Temos conhecimento que a enfermeira do posto também vem tentando modificar esta situação desde que tomou conhecimento do problema. Acreditamos serem necessárias tomar atitudes mais drásticas. Para nós valeu a experiência pois o mais provável é que em nosso futuro profissional, encontraremos funcionários "problemas" ou pessoas arraigadas ao vício profissional e como enfermeiros teremos que saber enfrentar tais problemas com discernimento e justiça tendo como prioridade a qualidade de assistência prestada à população.

Acreditamos firmemente que a base da profissão do enfermeiro seja a crença no valor da pessoa através do respeito ao atendimentos das necessidades básicas do paciente e, para tanto, é imprescindível identificar seus problemas tendo amplos e atualizados conhecimentos fisiopatológicos e psicossociais, sem os quais sua atuação será desnecessária e, muitas vezes, prejudicial.

4 - BIBLIOGRAFIA

4.1 - Bibliografia Citada.

1. SCHULZ, Rochwel. Administração de hospitais. Livraria Pioneira Editora, 1979, São Paulo, p. 217.
2. FREIRE, Paulo. Conscientização. 3. ed. Moraes, São Paulo, 1980. p. 36.
3. MENDONÇA, G. de Freitas. Educação em saúde: um processo participativo. Brasília, Centro de Documentação do MS, 1987. p. 11 e 15.
4. BOFF, C. Como trabalhar com o povo. Petrópolis, Ed. Vozes, 4. ed. 1985.
5. KING, Maurício; KING, Felicity & MARTODIPOERO, Solbagijo. Atenção primária para a criança. São Paulo, Paulinas, 1988.
6. SILVA, A.L.C. e colaboradores. O enfermeiro e o paciente em tratamento de longa duração. Rev. Brasileira de Enf., DF, 33:356-64, 1980.
7. NUNES, A.M.P. Desenvolvimento de um instrumento para identificação da competência do diabético para o auto-cuidado. Tese para Pós-Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1982.
8. SCOTNEY, Norman. Educação para a saúde. São Paulo, Paulinas, 1981.
9. APOSTILA de Pediatria fornecida pela Coordenadora da IVa. Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC.
10. NOGUEIRA, M.J. de C. Subsídios para descrição do conteúdo global da ocupação "Enfermeira de Saúde Pública. Enf. Novas Dimensões, 1(3):119-125, 1975.

11. FONSECA, R.M.G.S. & NOGUEIRA, M.I.C. A visita domiciliar como método de assistência de enfermagem a família. Rev. Esc. Enf. USP., 11(1):28-50, 1977.
12. ARAÚJO & BARROS. Problemas de um serviço de enfermagem, experiência na estruturação de um programa de trabalho. Rev. Bras. Enf., Brasília, 39(2/3):21-25, Abril/Set., 1986.
13. RAMOS, S.M. Necessidades de orientação para saúde do paciente diabético. Rev. Bras. Enf., Brasília, 29(4):38-41, 38-41, Out./Dez., 1976.
14. VEIGA, Deborah de A. Manual de técnicas de enfermagem. Porto Alegre, D.C. Luzzatto, Editores Ltda., Contra Capa, 1986. p. 11.

4.2 - Bibliografia Consultada.

1. BELAND, I. & JOYCE, P. Enfermagem clínica: aspectos fisiopatológicos e psicossociais. 3. ed. São Paulo, EPU, 1978.
2. CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE CUIDADOS PRIMÁRIOS DE SAÚDE. Relatório. Alma Ata, OMS e UNICEF, 1984.
3. MENDONÇA, G. de Freitas. Educação em saúde: um processo participativo. Brasília, Centro de Documentação do MS., 1987. p. 11.
4. MISTRAL, Gabriela. Saúde da comunidade: um desafio. São Paulo, Edições Paulinas, 1987.