

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**CUIDANDO DE FAMÍLIAS NA COMUNIDADE, À LUZ DA TEORIA  
TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER.**

Florianópolis, Dezembro de 2000.

EULÁLIA SILVA  
KARINY ALVES SCHNEIDER  
VIVIANE ROQUE BARCELLOS

**CUIDANDO DE FAMÍLIAS NA COMUNIDADE, À LUZ DA TEORIA  
TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER**

**Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação  
em Enfermagem da UFSC, realizado na  
Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada**

N.Cham. TCC UFSC ENF 0324

Autor: Silva, Eulália

Título: Cuidando de famílias na comunidade



972492222 Ac. 241540

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**ORIENTADORA:  
PROF<sup>a</sup>. MSC. ILCA KELLER ALLONSO**

**SUPERVISORA:  
ENF<sup>a</sup>. ROSANE ALBUQUERQUE**

**CCSM**

**TCC**

**UFSC**

**ENF**

**0324**

**Ex.1**

Florianópolis, Dezembro de 2000.

EULÁLIA SILVA  
KARINY ALVES SCHNEIDER  
VIVIANE ROQUE BARCELLOS

CUIDANDO DE FAMÍLIAS NA COMUNIDADE, À LUZ DA TEORIA  
TRANSCULTURAL DE MADELEINE LEININGER

Este Trabalho de Conclusão de Curso foi submetido a avaliação da banca examinadora  
composta por :

---

Examinador : Prof<sup>a</sup> Msc. Edilza Maria Ribeiro

---

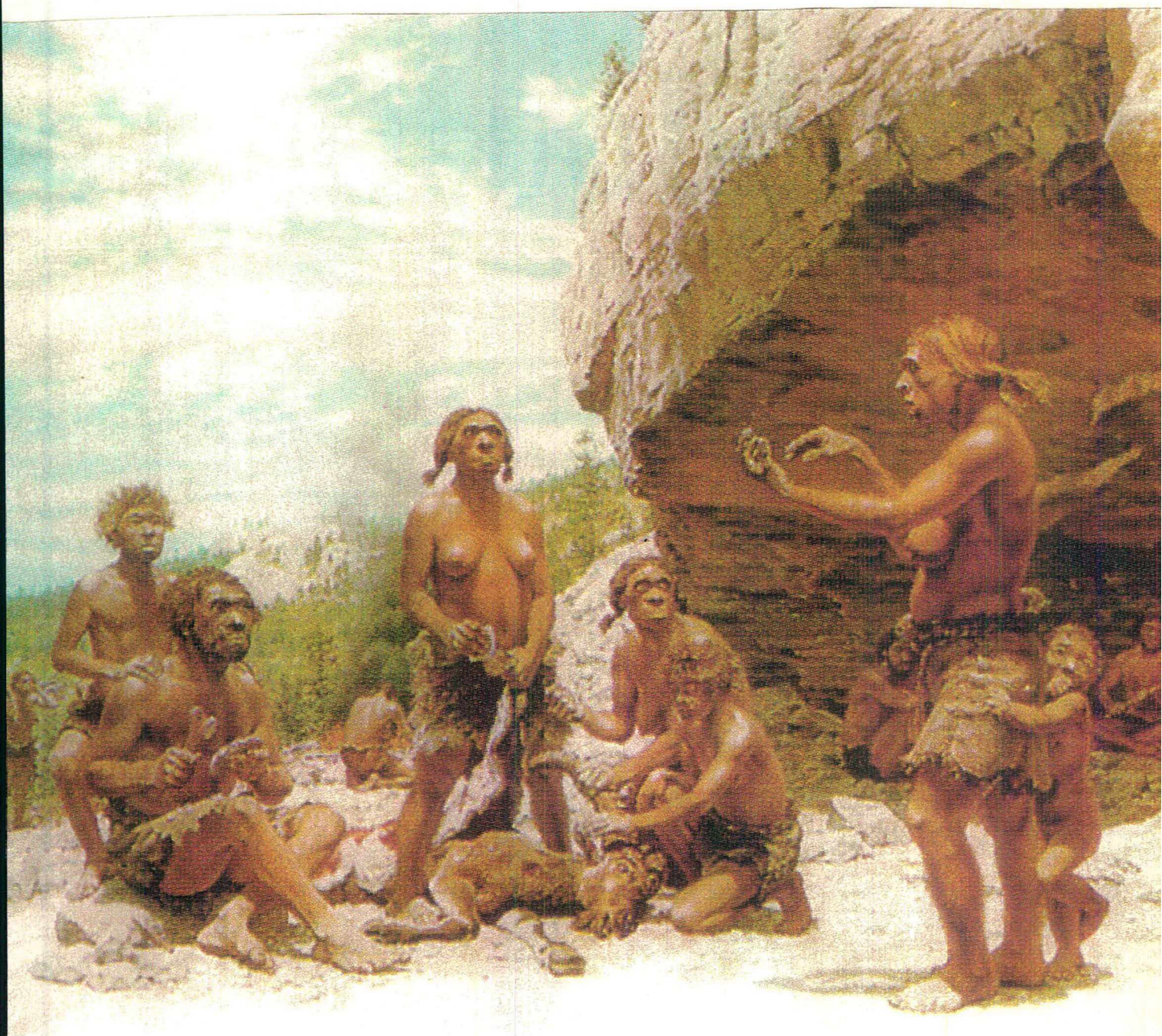
Supervisora : Enf<sup>a</sup> Rosane Assunção Albuquerque

---

Professora Orientadora : Prof<sup>a</sup> Msc. Ilca Keller Alonso

Florianópolis, Dezembro de 2000.





*“A verdadeira família deve encantar-se diante das rosas que nascem no jardim da própria casa; nunca alongar olhares saudosos às flores que crescem em horizontes impossíveis das quais jamais sentirá o perfume”.*

*Adaptado por Maria da Graça Roque Barcellos*



## AGRADECIMENTOS

Agradecemos à *Deus*, que nos fez fortes o suficiente para seguirmos nosso caminho com dignidade e responsabilidade e que, por seu infinito amor, nos deu a segurança de que durante nossa trajetória estivemos sempre amparadas por ele;

Aos nossos *pais*, pelo amor incondicional, pela confiança em nós depositada, pelos constantes incentivos em nossos momentos de conflito e por nos permitir crescer em um âmbito familiar cheio de virtudes o que fez despertar em nós a vontade de trabalhar com famílias;

Aos *amores* ( Alexandre, Marcus Vinícius e Cristiano ), pelo apoio, cumplicidade, paciência e companherismo, se fazendo sempre presentes nesta fase tão importante de nossas vidas;

Aos *irmãos*, pela força, disponibilidade em nos ajudar, com paciência, mesmo em nossos momentos de mau humor;

A *Ilca*, nossa orientadora e incentivadora, que se fez presente em todos os momentos que precisamos, nos indicando os caminhos a seguir com sabedoria, sempre carinhosa e atenciosa;

A *Rosane*, nossa supervisora, que se mostrou prestativa, depositando confiança e credibilidade em nosso trabalho e nos tratando como colegas de profissão;

Aos *funcionários (do período matutino) e Agentes Comunitários de Saúde* do Centro de Saúde II do Saco dos Limões, pela receptividade, coleguismo e disponibilidade em compartilhar conosco seus saberes adquiridos durante suas vidas profissionais, tornando o ambiente de trabalho mais prazeroso;

As *famílias* que acompanhamos, por terem depositado credibilidade em nosso trabalho e por Ter nos aceito dentro de seu âmbito familiar, compartilhando conosco seus sentimentos, vivências e experiências e, permitindo que, juntamente conosco, descobrísemos o que é realmente trabalhar com famílias;

Aos *amigos* que nos proporcionaram momentos de descontração e estiveram dispostos a nos escutar e nos ajudar quando possível;

A *Edilza*, terceiro membro da banca, por participar de nossa banca examinadora e por proporcionar com suas contribuições o crescimento de nosso trabalho.

## SUMÁRIO

<b>1 – INTRODUÇÃO</b> .....	08
<b>2 - NOSSOS OBJETIVOS</b> .....	11
2.1 - Objetivo Geral .....	11
2.2 - Objetivos Específicos.....	11
<b>3 - REVISÃO LITERÁRIA</b> .....	12
3.1 - Evolução das Políticas de Saúde no Brasil.....	12
3.2 - Programa de Saúde da Família – PSF.....	16
3.3 - Políticas Sociais Voltadas para à Família.....	18
3.3.1 - A Priorização da Família na agenda da Política Social.....	20
3.4 - Cuidado Domiciliar.....	22
3.5 – Família.....	24
3.5.1 - Organização da Família.....	24
3.5.2 - Papéis Familiares.....	25
3.5.3 - Funções Familiares.....	26
3.5.4 - Saúde da Família.....	26
3.5.5 - Papel da Enfermagem na Saúde da Família.....	27
3.6 – Intercorrências Clínicas no Cuidando de Saúde da Família.....	28
3.7 – Medidas de Prevenção no Cuidado da Saúde da Família.....	46
<b>4 - REFERENCIAL TEÓRICO</b> .....	29
4.1- Marco Conceitual.....	29
4.2 - Histórico sobre a Teorista.....	30
4.3 – Conceitos.....	34
<b>5 – RECURSOS METODOLÓGICOS PARA A PRÁTICA DE CUIDADO DAS FAMÍLIAS</b> .....	38
5.1 - Descrição do Local de Estágio.....	38
5.2 - População Alvo.....	39
5.3 - Plano de Ação.....	39
5.4 - Conhecendo o contexto sócio/econômico/cultural e de saúde da comunidade do Saco dos Limões.....	39
5.5 - Conhecendo os programas, as normas, rotinas, equipe técnica e área física do Centro de Saúde II Saco dos Limões.....	45

5.6 – Aprofundando conhecimentos e desenvolvendo habilidades para cuidar de famílias na comunidade.....	45
5.7 – Implementando o Processo de Enfermagem, no cuidado às famílias, fundamentado na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, de forma integrada aos programas desenvolvidos no Centro de Saúde.....	53
5.7.1 – Selecionando as Famílias.....	53
5.7.2 – A Implementação do Processo de Enfermagem.....	54
5.7.3 – Processo de Cuidar Fundamentado no Modelo do Sol Nascente.....	54
5.7.3.1 – Reconhecimento da Situação Cultural e de Saúde da Família	54
5.7.3.2 – Definição da Situação da Família e Elaboração do Diagnóstico de Enfermagem.....	54
5.7.3.3 – Planejamento e Implementação do Cuidado.....	55
5.7.3.4 – Evolução.....	56
5.7.4 – O Processo de Cuidar.....	57
5.7.5 – Cuidando das Famílias no Domicílio.....	57
5.7.5.1 – Família Jasmim.....	57
5.7.5.2 – Família Girassol.....	61
5.7.5.3 – Família Orquídea.....	64
5.7.6 – Integrando as Famílias nos Recursos de Saúde da Comunidade.....	69
5.8 – Participando das atividades desenvolvidas, através dos programas, no Centro de Saúde.....	72
<b>6 – CRONOGRAMA.....</b>	<b>74</b>
<b>7- CONCLUSÃO.....</b>	<b>79</b>
<b>8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....</b>	<b>82</b>
<b>9 – ANEXOS.....</b>	<b>119</b>
<b>10- PARECER FINAL DO ORIENTADOR.....</b>	<b>217</b>



## 1 - INTRODUÇÃO

A realização do presente trabalho nos foi oportunizado pela Disciplina INT 5134- Enfermagem Assistencial Aplicada no Curso de Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina, caracterizado como um trabalho de conclusão de curso. Para isso, realizamos, inicialmente, um projeto assistencial, que foi desenvolvido em um local por nós escolhido.

Propomos uma prática assistencial em Atenção Primária de Saúde, abordando o cuidado de enfermagem à famílias tendo como premissa o respeito às suas crenças, valores e práticas.

Nosso projeto foi desenvolvido com famílias, na Comunidade do Saco dos Limões, integrando a assistência domiciliar aos Programas de Saúde desenvolvidos no Centro de Saúde, que por sua vez, está implantando o Programa de Saúde da Família. Priorizamos a atenção à família por se tratar de um agrupamento de seres humanos que, vivenciando relações externas e internas é uma unidade de cuidados em saúde, buscando o equilíbrio e organização. É um micro núcleo social que se relaciona, reproduz e mantém ativa a comunidade onde vive. A atenção centrada na família possibilita às equipes de saúde uma compreensão maior do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

Procuramos salientar o exercício de nossas vivências junto às famílias, para que se pudesse visualizar o processo saúde/doença, não somente nas perspectivas clínicas, mas contudo, este processo voltado para a família em seu contexto.

Para desenvolver o cuidado de Enfermagem, buscamos o referencial teórico de Madeleine Leininger, cujos pressupostos teóricos, subsidiaram a nossa prática. Optamos por esse referencial atendendo as nossas expectativas, de que o trabalho da enfermeira pode ser um elo entre o cuidado popular e o cuidado profissional de saúde, e acreditando que o cuidado ao ser humano e sua família, é a essência da enfermagem.

O Programa de Saúde da Família prioriza as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos sadios ou doentes, e das famílias, de uma forma integral e contínua.

A prática assistencial foi realizada no Centro de Saúde II Saco dos Limões, no período de treze de setembro à dezessete de outubro de dois mil, com uma carga horária de duzentos e vinte horas.

O foco central de nosso trabalho foi o cuidado cultural na assistência à saúde das famílias. Consideramos a cultura como algo constantemente presente na vida dos seres humanos, porém muito diversificada; muitas dessas diferenças podem ser detectadas facilmente e outras diluem, no viver cotidiano das pessoas. As pessoas tendem sempre a valorizar apenas aquilo que acreditam ser verdadeiro, a partir de suas próprias perspectivas, sem respeitar crenças, valores e práticas diferentes das suas. O fato de conviver em um meio muito diversificado culturalmente, onde os seres humanos possuem costumes distintos, nos fez respeitá-los, aflorando em nós a vontade de trabalhar dentro de uma abordagem cultural.

As enfermeiras, na sua atuação profissional, também têm as suas próprias crenças e valores construídos ao longo de suas vidas. Suas experiências, determinam e influenciam suas ações e os propósitos inerentes a sua prática. No exercício desta prática, as acadêmicas/enfermeiras se deparam com crenças, valores, mitos e também diferentes dos seus, que vêm acompanhados de diversas visões de mundo e concepções sobre o processo de saúde e doença.

Procuramos com este trabalho, contribuir para que o cuidado profissional de enfermagem estivesse mais próximo do viver cotidiano das pessoas, da sua cultura, do seu saber e das suas práticas de saúde, de forma mais humana e mais qualificada, enfim para que o cuidado de enfermagem fosse culturalmente congruente.

Em todas as ações de enfermagem a ética deve se fazer presente. Devemos incluir o cliente como ponto central desse cuidado, respeitando sua vida e seus direitos, sem discriminação e sem inferências de julgamentos pessoais, respeitando os valores, as crenças, os significados e o saber de cada um deles, bem como da própria família dentro do seu meio cultural.

De acordo com o Código de Ética Profissional de Enfermagem (1992, Capítulo I, artigo 3) “o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza”.

O respeito aos sentimentos, às informações pessoais, à dignidade, à privacidade, à liberdade de expressão, ao anonimato de declarações e dos dados obtidos durante o trabalho com as famílias, bem como a liberdade individual de decidir sobre a continuidade de participar ou não deste projeto, foram os pontos essenciais neste nosso trabalho. Em todas as ações de enfermagem a ética se fez presente. Incluímos o cliente como ponto central desse cuidado, respeitando sua vida e seus direitos, sem discriminação e sem inferências de julgamentos pessoais, respeitando os valores, as crenças, os significados e o saber de cada um deles, bem como da própria família.

No presente relatório descrevemos e analisamos o percurso teórico – metodológico da nossa prática de cuidar de famílias na comunidade à luz da Teoria Transcultural, bem como as nossas vivências profissionais/ acadêmicas e pessoais junto a nossos clientes, comunidade e equipe de saúde do Centro de Saúde, nesta trajetória.



## **2 - NOSSOS OBJETIVOS**

### **2.1 - Objetivo geral**

Prestar cuidados de enfermagem à famílias na comunidade do Saco dos Limões integrados aos programas desenvolvidos no Centro de Saúde.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Conhecer o contexto sócio/econômico/cultural e de saúde da comunidade do Saco dos Limões.
- Conhecer os programas, as normas, rotinas, equipe técnica e área física do Centro de Saúde II Saco dos Limões.
- Aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades para cuidar de famílias na comunidade.
- Implementar o processo de enfermagem, no cuidado às famílias, fundamentado na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger, de forma integrada aos programas desenvolvidos no Centro de Saúde.
- Participar das atividades desenvolvidas, através dos programas, no Centro de Saúde.

### **3 - REVISÃO LITERÁRIA**

#### **3.1 - Evolução das Políticas de Saúde do Brasil**

Uma revisão literária das Políticas de Saúde do Brasil nos mostra que as ações sanitárias, de caráter público, tiveram diferentes conotações, segundo o contexto sócio-político-econômico nacional e internacional vigente em cada época. Para uma breve retrospectiva histórica, apresentaremos alguns eventos que se destacam significativamente em cada época, entre períodos pré-30 e os anos 90.

As políticas que determinaram as ações de saúde pública no Brasil, ao longo de sua história, se voltaram ao controle das endemias e epidemias, no final do século XIX, destacando-se a Reforma Calos Chagas (1923) que buscou uma ampliação das Ações de Saúde no país.

No período de 1930 a 1950, as Políticas de saúde preservaram o caráter hegemônico, em consonância com o plano de industrialização e expansão econômica do país. Nesta época o foco central das ações sanitárias foi o combate as doença que poderiam significar uma ameaça à capacidade produtiva dos trabalhadores. Em 1941 e 1950, respectivamente, foram realizadas as 1a e 2a Conferência Nacional de Saúde, em que a saúde foi abordada no âmbito institucional.

Com o advento do período desenvolvimentista (décadas de 50 e 60), a sociedade brasileira reestruturou-se, o Estado foi redefinido e houve uma centralização de recursos na urbanização e industrialização, e o país passou a integrar-se ao Sistema Capitalista Mundial vigente. Foi, então, criado o Ministério da Saúde (1953), que passou a ser responsável pela formulação da Política Nacional de Saúde; e criado o Instituto Nacional de Previdência Social, atendendo ao propósito de expansão da assistência médica previdenciária no país.

Em 1963 é realizada a 3ª Conferência Nacional de Saúde em que é discutida a Situação Sanitária Brasileira.

Ao ser instalada a ditadura no Brasil, as esferas sócio-político e econômica mergulharam em um processo de profundas transformações. Tido como o tempo do “milagre econômico” (1968 a 1974), houve uma centralização do poder estatal, a implantação de uma política voltada à tecnoburocracia, advindo o arrocho salarial, o aumento da dívida externa e, especialmente, a repressão política.

Em meio a este contexto ocorreu a 4ª Conferência Nacional de Saúde (1966) que se limitou à discussão sobre os recursos humanos na área da saúde.

A 5ª e 6ª Conferência Nacional de Saúde (1975 e 1976 respectivamente) tiveram a participação de profissionais da saúde, lideranças sindicais e partidos políticos e nesta ocasião se solidificaram pontos de resistência às Políticas de Saúde vigentes.

Criado em 1975 o Sistema Nacional de Saúde (SNS) foi uma tentativa de organizar as ações sanitárias no país.

De 1976 à 1979, foi implantado o “Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento” (PIASS) com objetivo de destacar a atenção primária de saúde, resultando no desenvolvimento das ações ambulatoriais na rede pública; isto ocorreu concomitantemente com os princípios propostos internacionalmente em Alma Ata (1978) com relação aos cuidados primários de saúde, em que foi preconizada um tipo de assistência de baixo custo para aquelas classes que não tinham acesso ao atendimento médico privado. (Mendes apud Alonso, 1999, P.58) considera que este “Foi o início do desenvolvimento de uma proposta de atenção primária seletiva”, especialmente, através de programas médicos simplificados ou das estratégias de sobrevivência de grupos de risco. No Brasil, houve um entendimento “reducionista da atenção primária seletiva”.

No que diz respeito às políticas de saúde, o Brasil desenvolveu um “projeto hegemônico”, fundamentado no modelo médico assistencial privatista que teve como “subsistema hegemônico o setor privado contratado e conveniado, como ator social mais importante a Federação Brasileira de Hospitais e como núcleo ideológico a burocracia previdenciária” (Mendes apud Alonso, 1999, p. 30). No final da década este modelo apresentou sinais de esgotamento pelas fortes inadequações com a realidade sanitária do país.



No ano de 1980 aconteceu a 7ª Conferência Nacional de Saúde com objetivos de implantar uma rede básica de saúde, coordenar as ações de diferentes ministérios e mobilizar a solidariedade internacional para alcançar saúde para todos no ano 2000.

Foi criado PREV-SAÚDE (Programa Nacional de Serviços Básicos de Saúde) voltado para a assistência primária de saúde, porém viabilizado na prática, mais serviu de base, em 1982, para elaborar o Plano de Reorientação de Assistência à Saúde (CONASP – Conselho Consultivo da Administração Previdenciária); com intenção de reverter o modelo médico assistencial pelo PAIS que é o Programa de Ações Integradas de Saúde, para integrar e unificar os serviços de saúde no setor público.

O PAIS foi transformado em diretriz política passando a chamar-se AIS – Ações Integradas de Saúde, implantado em 1983 e 1984 já com dezenas de municípios aderidos ao convênio. Em 1985 o AIS transformou-se em Política Oficial da Nova República e com pontos positivos de Implementação da Programação e Orçamento Integrada de Saúde (POI) e a inversão da dotação orçamentária em favor do setor público.

Na época, o Movimento Sanitário Brasileiro destacou-se na luta pela transformação do Sistema de Saúde vigente, discutindo as relações entre saúde – sociedade, saúde - estado, denunciando a mercantilização da saúde no Brasil.

De 17 a 20 de Março de 1986, ocorreu a 8ª Conferência Nacional de Saúde, tendo como tema “o direito à saúde como parte da cidadania” e a reorganização do setor em SUS. É marcado a expressão “Reforma Sanitária”. Outra contribuição desta Conferência foi a abertura de espaço para a participação popular através de suas entidades representativas na formulação das políticas, planejamento, gestão e avaliação das ações de saúde. As resoluções pouco foram implementadas na prática.

Em 20 de Julho de 1987 foi criado, por decreto governamental, o Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS) que representou tentativas de institucionalizar os princípios da unificação e descentralização em nível dos Estados, reduzindo o controle central exercido pelo INAMPS.

Na prática o SUDS manteve mecanismos de controle centralizado favorecendo a manipulação política e a reprodução da lógica privatizante. O SUDS não alterou o modelo assistencial vigente persistindo a desigualdade de acesso aos serviços, baixa resolutividade

e produtividade dos recursos, estrutura inadequada de funcionamento do setor e ausência de integralidade das ações.

Em Olinda, em 1988, o CONASEMS – Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde aprovou o estatuto das entidades com a finalidade de lutar pela autonomia dos municípios; nesta ocasião foi referendada a Carta de Olinda cujo teor reafirma o apoio do CONASEMS à Reforma Sanitária.

A Constituição aprovada em 1988, resgatou as propostas da 8a Conferência e criou o SUS regulamentado pelas Leis Orgânicas de Saúde (LOS) nº 8080 e 8142 de 1990. Estas consagraram os princípios fundamentais já incluídos na Constituição; o de “saúde como direito civil”, ou seja, “direito do cidadão e dever do Estado”; o conceito ampliado de saúde, considerando a sua determinação social, construção do SUS, assegurando os princípios da universalidade, igualdade e integralidade; direito a informação sobre sua saúde; participação popular; descentralização político-administrativa com direção única em cada esfera de governo com ênfase na descentralização dos serviços para os municípios.

A 9a Conferência Nacional de Saúde aconteceu em agosto do ano de 1992 em Brasília, e teve como tema “Saúde, Municipalização é o caminho”. O diagnóstico da saúde no país neste momento, apontou um aprofundamento da crise do setor, decorrente do desmonte do setor público, ocasionado pela diminuição dos recursos destinados à saúde e pelo aumento da demanda, devido a deterioração das condições sociais e econômicas da população brasileira. Esta Conferência foi marcada por confrontos ideológicos tendo como tema de fundo o modelo de sistema de proteção social; de um lado o “bloco da seguridade social” representado por entidades da Reforma Sanitária defendendo um estado de bem estar social; e do outro, “bloco do seguro social”, representado pelos empresários e interesses privados defendendo a privatização da atenção à saúde.

A 10a Conferência Nacional de Saúde aconteceu em setembro de 1996, e está em busca de um sistema de saúde realmente universal, igualitário e de qualidade.

Segundo Biancárelli (2000), a 11a Conferência Nacional de Saúde, que acontecerá em dezembro deste ano em Brasília, definirá toda a estratégia de saúde até o ano de 2004.

“O lema da Conferência é acesso, qualidade e humanização com controle social”.

### **3.2 - Programa de Saúde da Família (PSF)**

O Ministério da Saúde implantou em 1994 o Programa de Saúde da Família, com a intenção de mudar o atual modelo de assistência à saúde do país, que dá mais atenção à cura do que a prevenção das doenças, atendendo ao que é previsto nas leis orgânicas de saúde ( nº 8080 e nº 8142/ 90 ).

De 1994 até 1997, foram implantadas no país 1.623 equipes de PSF. Espera-se para o ano de 2002 atingir o total de 20.000 equipes em todo o país, assistindo a 69.000.000 pessoas.

Atenção básica é um conjunto de ações desenvolvidas no primeiro nível do sistema de saúde ,de caráter individual ou coletivos, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação.

O PSF do Ministério da Saúde , como estratégia de implantação da atenção básica da rede ,tem como diretrizes, a nível nacional, melhorar o estado de saúde da população através de um modelo de assistência voltado a família e a comunidade. Este modelo inclui desde a proteção e a promoção da saúde até a identificação precoce e o tratamento das doenças, a humanização do atendimento e estabelecimento de um bom nível de relacionamento com a comunidade, levando ao conhecimento da mesma as causas das doenças e incentivando a participação da população no controle de sistema de saúde.

A atenção está centrada na família, por esta ser entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes de saúde da família uma compreensão maior do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções que vão além de práticas curativas.

A equipe do PSF é composta por uma equipe formada de vários profissionais da área da saúde que atuam em conjunto. Cada equipe deve ser composta, no mínimo, por um médico de família, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e de quatro a seis agentes comunitários de saúde. Esta equipe deve atender a uma população de, no máximo, 4.500 pessoas, numa área geográfica onde habitem de 600 a 1.000 famílias.

A equipe de PSF deverá residir na comunidade onde irá atuar e trabalhar em regime de dedicação exclusiva. Esta equipe prestará assistência às famílias previamente cadastradas pelos agentes comunitários, através de visitas domiciliares. É através destas visitas que se inicia o vínculo da unidade de saúde/equipe com a comunidade que é



informada da oferta de serviços disponíveis e dos locais, dentro do sistema de saúde, que prioritariamente deverão ser a sua referência.

A base da atuação das equipes são as unidades básicas de saúde, incluindo as atividades de : avaliação da saúde visita domiciliar, internação domiciliar, participação em grupos comunitários ou de saúde, solicitar exames, encaminhar aos laboratórios especializados, encaminhar para internação hospitalar e remoção de pacientes.

No município de Florianópolis, a implantação do Programa de Saúde da Família se deu a partir de 1996 nas Unidades Sanitárias da Vila Aparecida e Monte Cristo.

Na época foram contratados profissionais pelas associações de moradores, sendo que cada equipe era composta por um médico, um enfermeiro, duas auxiliares de enfermagem e um agente comunitário.

Em julho de 1999 haviam 22 equipes trabalhando no município sendo distribuídos em 15 unidades.

Incluídos no PSF estão também 5 equipes executoras do projeto; Distrito Docente Assistencial, pelo entrosamento Prefeitura Municipal (SSDS), Departamento de Saúde Pública e Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Catarina.

A Unidade de Saúde da Família, instalado no Centro de Saúde, é uma unidade pública de saúde destinada a realizar atenção contínua nas especialidades básicas, com uma equipe multiprofissional habilitada para desenvolver as atividades de promoção, proteção e recuperação, características do nível primário de atenção.

### **Princípios do Programa de Saúde da Família**

De acordo com as Normas do Ministério da Saúde :

- Profissional de Saúde da Família é hábil; deve ter a noção clara que o foco de atenção é o cliente, aprender a olhar o problema pela ótica do paciente perceber o que ele sente e ser solidário com os seus problemas. Deve ser capaz de identificar e lidar com situações comuns do dia - dia. É preciso ser sensível para os sintomas iniciais destas patologias e ajudar os pacientes a lidarem com eles. Porém não deve esquecer que precisa se qualificar para lidar com problemas maiores – que podem inclusive levar ao óbito – de modo a orientar e acompanhar adequadamente os clientes.

- Profissional de Saúde da Família é fonte de recursos para uma população definida; a mudança de proposta entre a Saúde da Família e o modelo tradicional reside em tratar a população como um todo, saudável ou não, como de risco; buscando a promoção da saúde, identificação dos fatores de risco e situações que poderão fragilizar as pessoas da família. Não compete aos profissionais apenas estudar as doenças e a epidemiologia, mas as pessoas em que estas doenças se instalam. Devem ser críticos sobre todas as situações e informações. Sendo um profissional centrado na Família, estes devem ter noção clara das necessidades deles, buscando atendê-las.

- A Saúde da Família é uma disciplina baseada na comunidade; os profissionais devem estar próximos dos usuários, conhecendo sua realidade e o seu modo de vida, reconhecendo os problemas que mais afetam a nossa comunidade, e é em cima destes problemas que estes realizam o planejamento, dando uma resposta mais eficiente à população. É necessário acompanhar o usuário tanto na unidade de saúde quanto em seu domicílio, seu trabalho e eventualmente em nível hospitalar.

- A relação equipe - paciente é alvo central da família; todo trabalho deve se concentrar no relacionamento com o paciente mas a saúde da família é fundamental, é através da integração do usuário e sua família que serão obtidos os resultados desejados de promoção e recuperação da saúde.

### **3.3 - Políticas Sociais Voltadas para a Família**

Para prestarmos cuidados às famílias na comunidade, a partir do Programa de Saúde da Família, sentimos a necessidade de conhecer também, o que as Políticas Sociais de nosso país, preconizam, no sentido de proteger e fortalecer este grupo social.

A família, um micro universo dentro da esfera social, por vício das políticas sociais e setoriais, é objeto de intervenção de forma eclipsada e até banalizada por parte do Estado. A tendência dessas políticas conduz para que a mesma seja compreendida de forma isolada de seu contexto e valores sócio-culturais.

As conseqüências do perfil doloroso das famílias e suas situações são confirmadas pelas trágicas estatísticas.

A partir desta percepção a família passou a Ter uma nova configuração, tanto na Constituição Federal de 1988 como no Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) através do estímulo à convivência familiar e comunitária.

O princípio do Ano Internacional da Família (AIF) – (Tackachima,1994, p. 77-78), consistiu na “Família como unidade básica da sociedade, instrumento essencial de preservação, transmissão de valores culturais, instituição que educa, forma e motiva o homem e merece uma atenção especial de proteção e assistência. Na concepção de instrumento essencial de ação, a família assume responsabilidade conforme a Declaração Universal dos Direitos do Homem e Acordos e Convenções das Nações Unidas”. Isso faz com que não existam dúvidas nem para as instituições e também para quem pretende abordar as famílias, de que o papel do estado deveria não ser substituído, mas sim um grande aliado e fortalecedor deste grupo, proporcionando apoio ao desempenho de suas responsabilidades e missão.

Apesar dos recursos serem alocados em nível federal, estadual e municipal, o resultado efetivo retrata o empobrecimento das famílias e suas funestas conseqüências entre os mais vulneráveis.

Segundo Tackachima (1994, p. 81-82) “ a família Brasileira sempre foi centrada em políticas sociais e de atendimento baseados em; maternidade e infância, menor abandonado, delinqüente, menino de rua, excepcional e idoso e como agravante considerados de forma descontextualizada (também em seus valores sócio-culturais)”.

Isso exerce influência nas instituições e nos profissionais, nos órgãos oficiais e não governamentais reproduzindo uma ausência de desempenho no tratamento da família como um todo.

Estas continuam a viver em condições miseráveis e desumanas constituindo-se em uma violência social.

Atualmente o atendimento às famílias se reveste de um cunho assistencial, é porém desarticulado e alimenta a dependência e seus membros são tratados menos como pessoas que tem direitos e mais como receptores de “benesses” das instituições. O mais grave é que os profissionais acabam “invadindo como um trator” sua privacidade ao invés de fortificar e descobrir suas potencialidades, acabam permitindo a opacidade de sua identidade. Um profissional com ações fragmentadas, postura inconsciente reprodutora dos discursos

institucionais, fragilizada pela ausência de crítica e criatividade contribuiu para compartimentalizar a realidade da família e comunidade (Takashima, 1994, p. 87).

A forma inovadora rompe com o assistencialismo e trabalha com o atendimento às necessidades básicas como um direito do cidadão e sua família, articulando este grupo social (familiar) com a organização comunitária mais geral.

O fundamento dessa postura é a crença de uma população pobre e desorganizada não tem condições de lutar por seus direitos, serviços e benefícios públicos, assim a estratégia é o esclarecimento, a mobilização, a participação e a organização popular.

O CEDCA/SC – Conselho Estadual dos Direitos da Criança e do Adolescente, de Santa Catarina (CEDACA/SC, 1992), tem revelado uma forma de participação social das famílias nas comunidades e respondido às necessidades humanas de: subsistência, comunicação, afetividade, criatividade, identidade e proteção. Essas famílias passam a aprender a se conhecer e a ajudar-se mutuamente na gestão e educação dos filhos, aprendendo a lutar em grupos de auto-ajuda.

Segundo Takachima ( 1994) conquistar uma nova postura com relação à família e comunidade faz ocorrer a transformação por uma qualidade de vida a partir da construção de projetos sociais, concentrando-se menos em reformas de leis, decretos, burocracia de cúpula e muito mais em posturas e práticas inovadoras que encaminham à auto estima, à autonomia e à articulação, com o restante de sociedade. É baseado no paradigma humanístico que irá fortalecer, abrir laços, apoiar, unir protagonistas sociais, no âmbito da família, de comunidade, dos profissionais, das instituições, dos políticos, e da sociedade civil como um todo.

### **3.3.1 - A Priorização da família na agenda da política social**

Carvalho ( 1994, p.103 ) considera que as políticas sociais devem priorizar uma atenção mínima às famílias em :

1. Programas de geração de emprego e renda : este programa é destinado as famílias carentes ,e os governos municipais poderiam ceder a geração de empregos e rendas para estas famílias, sem a intermediação de terceiros. Este também poderia acontecer através das empresas ou finalmente, através da reforma agrária com a “expansão de assentamentos de famílias no campo ”.

2. Rede se serviços comunitários de apoio psico - social e cultural a famílias : alguns registros de entidades do município mostram a existência de alguns serviços prestados pela pastoral de igrejas, de apoio social – assistencial voltados a famílias. As famílias tem fácil acesso a estes serviços, que atendem a suas necessidades mais iminentes. Estes serviços sócio – religiosos, apresentam algumas falhas como a infra – estrutura inadequada, os serviços prestados são descontínuos e são desenvolvidos por voluntários, da própria comunidade, despreparadas. Além de prestarem ajuda material, eles desenvolvem juntamente com serviços prestados, a humanização, que tem um elevado grau de importância. Os serviços sócio – religiosos atuam de forma descentralizada e necessitam de organização e preparo.

Nos casos, em que as famílias apresentam situações mais complexas, é necessário a organização de serviços mais especializados, com pessoal capacitado e uma boa infra estrutura. Este tipo de serviço poderia ser prestado pelos centros descentralizados de saúde, educação e assistência social e pública.

Para atingir esta meta, seria necessário a introdução de serviços inter - setoriais e descentralizadas visando as relações e recursos disponíveis na comunidade, no entanto, a realidade hoje vivenciada, é de serviços setorizados e fragmentados. Além das características já citadas, os serviços deveriam ser uma referência para a comunidade.

Alguns programas encaixam – se nestas características :

- Programa de atenção as gestantes e nutrizes : as ações voltadas para este grupo incluem além do acompanhamento e controle clínico, as orientações, apoio psico – social, visitas domiciliares e se necessário, a complementação da renda familiar;

- Serviços especializados de apoio psico – social a famílias em situações difíceis : entre estes, serviços advocatícios, psico – terapêuticos e outros;

- Programas de socialização e lazer : estes deveriam incluir várias atividades “socializantes e lúcidas ” (Carvalho, 1994, p.106), visando o descanso, e distração e o entrosamento da comunidade. Dentro deste programa, ainda existem outros como programas de formação social, profissional e escolarização básica.

- Acesso à cultura : vai além do resgate e da valorização da cultura da comunidade. A cultura permite que as pessoas tenham acesso à arte, a descoberta de talentos, às trocas de conhecimentos e de vivências. “Usufruir cultura é ter acesso à memória da história da



humanidade e poder ser partícipe da expressão e das conquistas civilizatórias em processo” (Carvalho, 1994 p.106 ).

3- Complementação da renda familiar : esta é destinada a famílias sem nenhuma renda ou que seja insuficiente para a sobrevivência, e é o Estado que deveria fornecer este subsídio para estas famílias. Este quadro de desemprego é observado principalmente nos países capitalistas, onde há desemprego em massa e a uma economia informal. “*A complementação da família é um salto qualitativo no reconhecimento de cidadania para todos*” (Carvalho, 1994, p.107).

O reconhecimento só irá ocorrer se a distribuição de benefícios em espécie (cesta alimentar, “sopões” populares) forem substituídos por uma renda mínima (salário), rompendo com a condição de subalternizados, que estas pessoas estão submetidas.

### **3.4. Cuidado Domiciliar à Família**

O processo de cuidar de famílias na comunidade, tendo como foco o cuidado cultural, requer, a nosso ver, uma aproximação com o seu viver cotidiano, em seu próprio contexto. Neste sentido, acreditamos que o cuidado domiciliar poderá oportunizar maior proximidade com as famílias, para que possamos conhecer melhor a sua realidade cultural e também estabelecer uma interação mais efetiva com estas.

O cuidado domiciliar é hoje uma tendência mundial que se viabilizou, pelas vantagens, entre elas o menor risco de infecções graves, o maior conforto para o cliente, a maior proximidade com a família e a redução de custos. Este tipo de cuidado é previsto, entre outros, dentro das bases de ação do Programa Saúde da Família, no entanto, ainda pouco implementado pela Equipes do PSF por dificuldades estruturais com que estes profissionais se defrontam.

*“O cuidado domiciliar pode ser entendido como cuidado desenvolvido com o ser humano (cliente e familiares) no contexto de suas residências, e faz parte da assistência à saúde dos envolvidos, compreende o acompanhamento, a conservação, o tratamento, a recuperação e a reabilitação de clientes, de diferentes faixas etárias, em resposta a suas necessidades e de seus familiares, providenciando efetivo funcionamento do contexto domiciliar, ou para pessoas em fase terminal, proporcionando uma morte digna e serena junto a seus significantes”* (Lacerda, 2000, p.20).

O cuidado domiciliar pode ser uma maneira eficaz e significativa de cuidar, pode ser uma situação em que há o cumprimento do papel social pelos profissionais de saúde e que, para a enfermeira, fundamenta o cuidado, e isto fica mais claro quando dá explicações aos clientes e familiares sobre o que faz e porque faz.

O cuidado de enfermagem tem lugar entre uma enfermeira e um paciente, os quais legitimam o estabelecimento de uma relação social entre indivíduo enfermeiro e o outro indivíduo e assim, há o provimento da base da relação social entre a enfermagem, como uma disciplina profissional e a sociedade (Fealy, apud Lacerda, 2000, p.23).

O foco do cuidado domiciliar é o cliente, a família e suas respectivas inter-relações e o contexto da casa .

O contexto da casa não se reduz ao espaço físico cuja importância é crucial para o desenvolvimento positivo do cuidado. Muitas vezes há a necessidade de o adapta-lo às necessidades do cliente e às do cuidador (família e/ou enfermeira). Observa-se, contudo, que o contexto deve ser percebido como um significado mais amplo, pois é um conjunto das coisas, eventos e seres humanos correlacionados entre si e de certo modo, cujas entidades representam caráter particular e interferente, mútuo e simultâneo (Lacerda, 2000, p.25 ).

A casa, o lar, enfim o domicílio é o local onde está a família e o ambiente familiar cujo componente é importante na vida das pessoas, tanto sob o ponto de vista físico e mental quanto o afetivo e, portanto, influencia no processo de saúde- doença de seus componentes.

O cuidado domiciliar de enfermagem é diferenciado de qualquer outro, é ação de enfermagem, localizadamente fixo que não em hospitais, clínicas, pois funciona no domicílio que é o campo do paciente.

O domicílio é um local único a oferecer à enfermeira domiciliar a oportunidade de observar o modo como as pessoas enfrentam em seu meio familiar, e com os recursos disponíveis, os problemas oriundos da situação de saúde / doença de um familiar cuja necessidade de cuidados é cotidiano e cuja manutenção à vida pode estar sendo realizado por um daqueles familiares. A casa é, em si, um meio ambiente terapêutico, entrelaçado com a saúde do paciente e requer a apreciação no levantamento de dados, segundo necessidades dos pacientes (Lacerda, 2000, p.27).

*“Lar é o espaço privado e pode ser entendido como um local sagrado; é a base, o suporte para a orientação das pessoas em relação ao resto do mundo, um espaço sagrado e inviolável, noção enraizada como epicentro de cada vida individual, o centro de cuidado de cada um, dos outros e o centro individual de extensões para além dos limites do mundo”* (Maloney, apud Lacerda 2000, p.26).

No Brasil, a assistência domiciliar começou em 1919, com a criação de um serviço de Enfermeiras visitadoras no Rio de Janeiro. Em 1968, outro serviço de atendimento domiciliar surgiu, desta vez no Hospital do Servidor Público Estadual, São Paulo, por iniciativa do médico Lubar Gonçalves Lima. Este médico a partir de experiências no exterior, adaptou para o Brasil o modelo criado no Hospital de Pequim (Lacerda, apud Almeida, 2000, p.7).

### **3.5 - Família**

O processo de cuidar de famílias, implica numa grande interação do profissional com este grupo social. Para tanto é importante conhecê-la mais profundamente, nas questões relacionadas à sua organização, aos papéis que seus membros desempenham, as suas funções e como se mantêm saudáveis. É imprescindível buscar certas definições para compreender a família.

Os autores conceituam família de várias formas, mas de acordo com (Osório, 1996, p. 16),:

*“Família é uma unidade grupal onde se desenvolvem três tipos de relações pessoais – aliança (casal), filiação (pais/filhos) e consanguinidade (irmãos) – e que a partir dos objetivos genéricos de preservar a espécie, nutrir e proteger a descendência e fornecer-lhes condições para aquisição de suas identidades pessoais, desenvolver através dos tempos funções diversificadas de transmissão de valores éticos, estéticos, religiosos e culturais”.*

#### **3.5.1 - Organização da Família**

Segundo Scabine, apud Miotto, (1997, p.212), houve uma “verdadeira revolução silenciosa” em vários países europeus nos últimos vinte anos, devido a diminuição do número de casamentos, e do aumento do número de divórcios e pela queda da natalidade. Em decorrência destes fatos houve o surgimento de novas formas familiares, como exemplo as famílias nucleares, reconstituídas e unipessoais.

Em relação a composição das famílias, a família nuclear é a mais simples ou elementar, sendo constituída basicamente por pai – mãe – filho(a). A família unipessoal é aquela formada por apenas uma pessoa (pessoas que vivem só); e a família reconstituída é aquela formada a partir de divórcios e separações.

As reconstruções familiares causam grandes mudanças no campo sócio - cultural dessas pessoas, principalmente nas relações com a família de origem este termo, hoje, tem sentido ambíguo, mas neste contexto está sendo usado para indicar as “*famílias onde nasceram os filhos de pais separados*” (Osório, 1996, p.57) e que está sendo reconstruída.

Atualmente, não existe uma forma ou modelo de família, mais sim, uma diversidade em decorrência da nova estruturação familiar houve um aumento das uniões civis e um declínio das uniões religiosas.

As pesquisas históricas sobre a família européia apontam as diferentes estruturas familiares, em vários níveis da sociedade, bem como nos diferentes espaços (campo, cidade) (Saraceno, 1996).

### **3.5.2 - Papéis Familiares**

Cada indivíduo desempenha um papel dentro da família; mas nem sempre os papéis familiares correspondem aos personagens que convencionalmente designamos como seus.

Os papéis familiares se dividem em:

**Papel Conjugal:** atualmente os papéis do homem e da mulher se misturam, pois a mulher além de ter o papel de cuidar do lar também “conquistou” o papel do homem, que seria o de promover o sustento da família e com isto o homem também ficou responsável em desempenhar os dois papéis. Outra grande mudança está relacionada com os papéis conjugais, onde o homem e a mulher não são mais sinônimos de vida conjugal, ou seja, homossexuais também podem ter uma vida conjugal e desempenhar seu papéis.

**Papel Parental:** é formado pelo papel materno e paterno e, como já foi dito antes, estes papéis podem se confundir na prática.

*“Ao papel materno, caberiam, além das tarefas de nutrias, de agasalho e de proteção da prole, uma função continente ou de receptáculo das angústias existenciais de quem esteja correspondentemente no papel filial” (Osório, 1996, p.18).*

Ao papel paterno, caberia interpor-se entre a mãe e o filho para diminuir progressivamente a dependência e dar início ao seu processo de individualização e desenvolvimento.

Papel Fraternal: este papel estende-se além do contexto familiar, podendo ocorrer entre amigos, patrão e empregado, enfermeiro e paciente. A relação fraternal é permeada por dois comportamentos antagônicos, o de solidariedade e o de rivalidade.

Papel filial: está relacionado com a dependência, ou seja, dependem dos cuidados parentais. Porém esta dependência filial pode aparecer em outros membros da família.

### **3.5.3 Funções da Família**

Estas podem ser divididas em biológicas, psicológicas, sociais, no entanto, todas estas dimensões estão intimamente relacionadas.

A função biológica da família é a garantia da sobrevivência dos recém-nascidos e não somente a reprodutividade, como poderíamos pensar, pois esta pode ocorrer fora do contexto familiar.

As funções psicológicas da família seriam a transmissão de afeto, o suporte emocional nos momentos de crises existenciais, o compartilhar experiências acumuladas com a prole e o estabelecimento parâmetros ideais para uma boa aprendizagem empírica.

Entre as funções sociais da família está a transmissão de cultura e a motivação para a prática da cidadania.

Os pais além de influenciar, podem de certa forma determinar comportamentos e atitudes de seus filhos e estes podem moldar as ações de seus pais. Desta forma, há uma troca entre pais e filhos.

### **3.5.4 - Saúde da Família**

Saúde da família é diferente de saúde individual, mas ambas estão intimamente relacionadas; a saúde da família envolve vários aspectos, entre estes estão o tipo de relação desenvolvida entre os membros desta, sua cultura (com crenças e valores), suas experiências compartilhadas e vivenciadas com a sociedade e outras famílias, além dos papéis e funções que cada membro desempenha para um bom crescimento e

desenvolvimento bio- psico- social e espiritual. Com isto podemos perceber que a saúde da família vai muito além da ausência de doença dos membro desta. Para o GAPEFAM (Grupo de Assistência, Pesquisa e Educação na Área de Saúde da Família):

*“Família saudável é uma unidade que se estima positivamente, onde os membros convivem e se percebem mutuamente como família. Tem uma estrutura e organização para definir objetivos e prover os meios para o crescimento, desenvolvimento, saúde e bem-estar de seus membros. A família saudável se une por laços de afetividade exteriorizada por amor e carinho, tem liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilhar crenças, valores, e conhecimentos. Aceita a individualidade de seus membros, possui capacidade de conhecer e usufruir de seus direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, pedindo e dando apoio a seus membros e às pessoas significativas. A família saudável atua conscientemente no ambiente em que vive, interagindo dinamicamente com outras pessoas e famílias em diversos níveis de aproximação, transformando e sendo transformada. Desenvolve-se com experiência, construindo sua história de vida”* (Elsen et al., 1992,p. 67-68).

### **3.5.5 - Papel da Enfermagem na Saúde da Família**

A equipe de enfermagem deve em primeiro lugar conhecer as condições de vida, saúde, as crenças e valores que permeiam esta família, para depois, buscar juntamente com as mesmas ações que visem o bem-estar dos membros. Desta forma, o trabalho em parceria, permite compartilhar conhecimentos, decisões e poder, além de proporcionar em conjunto, o diagnóstico dos problemas; a definição do objetivos e planejamento, realização e avaliação das ações.

Tendo o conhecimento de que o ser humano é influenciado pelo seu contexto social, cultural e histórico, é imprescindível que a enfermagem tenha uma visão humanística, holística deste indivíduo, para que o cuidado possa ser preservado, negociado, ou repadronizado. Portanto, deve sempre levar em conta os conhecimentos que a família e/ou indivíduo possuem acerca do cuidado, a forma que prestam este cuidado e a quem recorrem quando precisam de ajuda e/ou de algum esclarecimento. Desta forma, o cuidado se faz de forma “congruente com as reais necessidades do indivíduo e sua família” (Marcon, 1999, p. 20).

### **3.6. Intercorrências Clínicas no Cuidado de Saúde da Família**

Durante a nossa prática de cuidados prestados às famílias, foi necessário que aprofundássemos temas referentes as intercorrências clínicas apresentadas por elas. Os problemas apresentados foram: hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitus, úlcera péptica, osteoartrite e AIDS (Síndrome da Imuno Deficiência Adquirida) (segue em ANEXO nº 1).

### **3.7. Medidas de Prevenção no Cuidado de Saúde da Família**

Para desenvolver atividades no Centro de Saúde, bem como orientar as famílias por nós trabalhadas, aprofundamos temas referentes a medidas de prevenção no cuidado de saúde destas; estes temas foram: acompanhamento de pré-natal, preventivo de câncer cérvico-uterino, aleitamento materno, preventivo de câncer de mama e métodos contraceptivos (segue em ANEXO nº 2).

## 4 - REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 - Marco conceitual

Marco conceitual é um conjunto de conceitos e proposições integradas numa configuração significativa que proporciona direção à prática assistencial, à educação e à pesquisa. O marco conceitual deve representar idéias globais, crenças e valores sobre indivíduos, grupos, situações e eventos que permeiam ou deverão permear a prática assistencial e educacional, assim como a pesquisa.

No campo da prática, o marco conceitual atua como referência sobre o que é importante observar, relacionar e planejar nas situações de interação com o cliente, além de proporcionar uma organização para reflexão e interpretação do que é vivenciado (Peixoto e Silva, 1986 e Souza, apud Nitschke, 1991, p.57 ).

*"Na construção de um marco conceitual da assistência de enfermagem, é importante ter como primordial, que este, seja um produto de reflexão e que haja coerência entre seus objetivos/ metas/ valores/ crenças e a realidade concreta " ( Campedelli, 1989, p.19 ).*

Escolhemos a teoria transcultural, de Dra. Madeleine Leininger por vir ao encontro de nossas crenças e expectativas com relação ao processo de cuidar na enfermagem. Para Dra. Leininger o cuidado é a essência de enfermagem e no seu processo de cuidar a enfermeira estabelece um elo entre o cuidado popular e o cuidado profissional. Nós acreditamos que a família e o enfermeiro cuidam, ambos baseados na sua visão de mundo, suas crenças, seus valores e práticas. Portanto , a enfermagem deve ter conhecimentos suficientes a respeito da cultura dessas famílias para compreendê-las melhor e desenvolver práticas de cuidados de enfermagem culturalmente coerentes.



## 4.2 - Histórico sobre a teórica

Dra. Madeleine Leininger é uma teórica norte-americana, graduada em Enfermagem, no ano de 1948, em Denver, na St. Anthony's School of Nursing. Tornou-se Bacharel em Ciências, no ano de 1950, pelo Benedictine College, em Atchison e , em 1965, concluiu o curso de Doutorado em Antropologia, na University of Washington, Seattle.

Dra. Leininger trabalhava desde os anos 50 no desenvolvimento de sua teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado. Nos anos 60, ela iniciou, pela primeira vez, a utilização dos termos enfermagem transcultural e etnoenfermagem. A primeira ( enfermagem transcultural ) refere-se ao conhecimento e práticas evolutivas, relacionadas com o campo de estudo, onde os povos de cada cultura não apenas são capazes de conhecer e definir bem seu cuidado de enfermagem, mas também são capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde. A segunda ( etno enfermagem ) é definida como o estudo das crenças e valores e práticas de cuidado em enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de sua experiência direta, crenças e sistema de valores.

### Alguns pressupostos teóricos

1 - Desde o surgimento da espécie humana, o cuidado tem sido essencial para o crescimento, desenvolvimento e sobrevivência dos seres humanos (Santos, 1997, p.89);

2 - O cuidado humanizado é universal, existindo diversos padrões de cuidado que podem ser identificados, explicados e conhecidos entre as culturas (Santos, 1997, p.89);

3 - O cuidado próprio, e outros padrões de cuidado, existem entre as culturas (Santos, 1997, p.89);

4 - O cuidado humanizado é a característica central, dominante e unificadora da enfermagem (Santos, 1997, p.89);

5 - Não pode haver cura sem cuidado, mas pode haver cuidado mesmo sem ser para cura (Santos, 1997, p.89);

6 - Os conceitos e práticas do cuidado de ser humano podem ser identificados em todas as culturas (Santos, 1997, p.89);

7 - As práticas de cuidado da saúde, profissionais e populares são derivadas da cultura e influenciam as práticas de enfermagem (Santos, 1997, p.89);

8 - O cuidado é essencial para o nascimento, crescimento e desenvolvimento dos seres humanos dentro da família e comunidade inseridos num contexto cultural (Santos, 1997, p.89);

9 - “A interação é parte integrante do processo de viver porque ela permite compartilhar” (Santos, 1997, p.90).

Para Dra. Leininger o cuidar/cuidado, é a essência que distingue a enfermagem das outras profissões. O foco do processo de enfermagem é o cliente (indivíduo, família, grupos culturais, instituições) que é o alvo do cuidado de enfermagem. O cuidado é essencial à cura e permeia todos os esforços para ajudar um indivíduo a recuperar-se após uma doença. A enfermagem promove o bem estar, crescimento e desenvolvimento, estilos de vida saudáveis, recupera a saúde e promove uma morte tranqüila através de expressões e ações de cuidado.

Dra. Leininger considera que há contrastes entre o sistema profissional de saúde e o sistema popular. O cuidado de saúde popular tem primariamente um foco humanístico; com ênfase sobre fatos familiares, práticos e concretos; usa uma abordagem holística junto às pessoas. Isto é, considera as dimensões cultural, religiosa, de parentesco, econômico e social; inclui o cuidado familiar local e auxiliadores de cura; usa recursos culturais e comunitários diversos para auxiliar as pessoas, em seus ambientes caseiros e comunitários; enfatiza as maneiras de permanecer bem através de modos locais; valoriza o grupo, a família, e a comunidade, nos processos de cura; adota explicações diversas para interpretar a saúde e a doença. O cuidado de saúde profissional tem primeiramente um foco científico; com ênfase sobre fatos não familiares, menos práticos e abstratos; usa geralmente uma abordagem fragmentada com as pessoas, o foco primário é a cura, com alguns cuidados; usa ministradores de cuidados, não familiares e locais; usa recursos limitados ao âmbito médico – hospitalar; enfatiza as maneiras de cura com base nos valores profissionais; focaliza o indivíduo nas práticas de cura e usa uma causa para explicar crenças e práticas (Leininger, 1984).

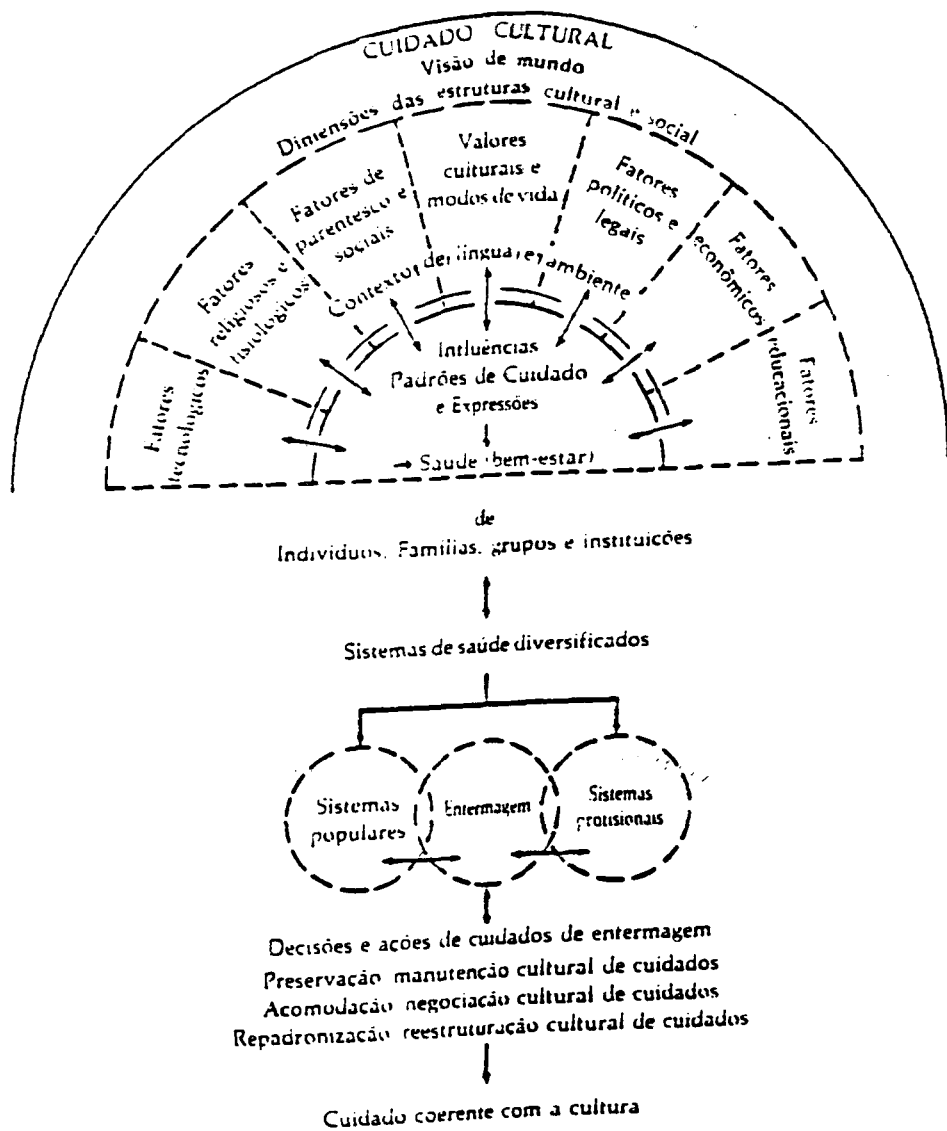
Dra. Leininger considera que sua teoria se aplica à pesquisa e à prática. Considera que é necessário, primeiramente, utilizar a pesquisa para conhecer os costumes da população sobre o cuidado, utilizando métodos qualitativos, para depois fazer a intervenção da enfermagem baseada nestes achados.

*O Modelo do Sol Nascente proposto por Dra. Leininger, apresenta quatro níveis de focalização que vão da estrutura cultural e social, passando por indivíduos, famílias, grupos ou instituições em diversos sistemas de saúde, até a negociação das decisões e ações de cuidado, que incluem : manutenção cultural de cuidado, a acomodação e a repadronização. Na discussão do Modelo, Dra. Leininger apresenta a idéia de que os padrões e processos de cuidado podem ser universais ou diversificados. O cuidado universal indica padrões, valores e comportamentos de cuidado que são comuns a todas as culturas. As diversidades de cuidado representam aqueles padrões e processos que são peculiares ou específicos a um indivíduo, família ou grupo cultural. Dra. Leininger acredita que as diversidades culturais são em maior número do que os padrões universais do cuidado”(George, 1993, p.298).*

“O modelo do Sol Nascente simboliza o nascer do sol (que são os cuidados). A metade superior do círculo contém os componentes da estrutura social e os fatores da visão de mundo que influenciam a assistência à saúde através da linguagem da etno história e do contexto ambiental. Estes fatores influenciam também os sistemas populares, e dos profissionais de enfermagem que se situam na parte central do modelo. As duas metades formariam um sol completo, como representação do universo que os enfermeiros devem considerar para saber valorizar em sua magnitude, a assistência à saúde dos seres humanos.

Segundo Dra. Leininger, o enfermeiro atua como uma ponte entre os sistemas popular e profissional. Assim, podem contemplar três classes de assistência que permitem proceder as ações e decisões do enfermeiro dentro da teoria: da conservação e/ou manutenção dos cuidados culturais, da adequação e/ou negociação desses cuidados e/ou da redimensão ou reestruturação dos mesmos.

*O modelo do Sol Nascente descreve seres humanos de forma separada de suas referências culturais e estrutura social, visão de mundo, história e contexto ambiental; como um elemento básico da teoria de Leininger. O sexo, a raça, a idade e a classe social, se consideram fatores integrados dentro da estrutura social” (Wilch et al, 1999, p.451).*



LEGENDAS  
 - - - - Influenciadores  
 ——— Influenciadores direcionais

O Modelo Sunries, de Leininger, retrata dimensões de Diversidade e Universalidade Cultural do Cuidado (De Leininger, M. Teoria de Enfermagem da Diversidade e Universalidade Cultural de Atendimento, de Leininger, Nursing Science Quarterly, 1988: 1, p. 157. Utilizado mediante permissão.)

### 4.3 Conceitos

#### SER HUMANO

“É um ser , tanto, singular (indivisível, único, com características próprias), quanto sócio- cultural (relaciona-se com outros e com o mundo, compartilha crenças, valores, símbolos e rituais). Este ser humano vive numa cultura e interage, do início ao fim da vida, com outros seres humanos. Nessa cultura, o ser humano aprende e compartilha, através da interação, significados e papéis sociais que orientam suas ações durante o processo de viver ” (Monticelli, apud Pereira, 1998, p.98).

Neste marco o ser humano é cada membro de uma família, a enfermeira, interagindo continuamente, durante sua existência com outros seres humanos.

#### ENFERMAGEM/ENFERMEIRA

A enfermagem é uma profissão que envolve o cuidado cultural coerente. A enfermeira é um ser humano que traz consigo, além de sua definição pessoal-cultural do que deve ser cuidado, todos os significados e práticas do cuidado científico, ou seja, da assistência de enfermagem que lhe foi transmitida durante seu processo de formação profissional. Portanto, é capaz de cuidar da família de forma técnico-científica e culturalmente satisfatória (Baseado George, 1993).

De acordo com Bohes (1980, p.22 ):

*“a enfermagem está comprometida com o cuidado (...) Ao cuidar, o enfermeiro utiliza os diversos componentes do cuidar, reconhecendo que a família também cuida e portanto tem entendimento entre o sistema profissional e o sistema popular de cuidado. Para isso utiliza os componentes do cuidar, mantendo o cuidado já conhecido pela família, acomodando o cuidado, repadronizando o cuidado e introduzindo cuidados novos quando necessário “.*

Compreendemos a enfermagem também como uma profissão, ciência e uma arte que tem como característica um cuidado humanizado e que respeita os valores culturais de cada cliente.

## **CUIDADO**

Representa um conjunto de atividades de assistência (diretas ou indiretas), de apoio e de facilitação para um membro da família ou para a família como um todo, a fim de manter ou recuperar a saúde, (saúde esta, na visão do profissional e da família).

Este cuidado é efetuado através de componentes de cuidar (caring): prever, dar atenção, comprometer-se, trocar idéias, ouvir, empatia, auxiliar, ações técnicas e físicas, esclarecer, refletir com, ações de educação em saúde, socorrer, sustentar (nutrir), apoiar, confortar, capacitar, procurar informação, agir para, ter afeição por, assistir alguém, envolver-se com, sentir por, disposição para, conhecer a realidade do outro, coordenar, supervisionar, ternura, tocar, compreender, promover harmonia (Leininger, 1985 adaptado por Bohes e Patrício 1988).

Este processo refere-se aos fenômenos concretos e abstratos relacionados a cuidar, dar suporte ou possibilitar experiências ou condutas para outros seres humanos com necessidades evidentes ou antecipadas para melhorar ou incrementar a condição humana ou estilo de vida (Leopardi 1999).

## **CUIDADO CULTURAL**

É definido como os valores, crenças e expressões padronizadas, cognitivamente conhecidos, que auxiliam, dão apoio ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o bem estar, a melhorar uma condição de vida humana ou a enfrentar a morte e as deficiências. A diversidade cultural do cuidado refere-se às variações às diferenças dos significados, padrões, valores ou símbolos de cuidado cultural nas diferentes culturas. A universalidade cultural do cuidado refere-se as semelhanças, uniformidades e igualdades do cuidado cultural entre as distintas culturas (George, 1993).

## **CUIDADO PROFISSIONAL**

São comportamentos, técnicas, processos ou padrões cognitivos culturalmente apreendidos executados por profissionais de saúde que capacitam (ou ajudam) um indivíduo, família ou comunidade a melhorar ou manter uma condição de vida saudável (Boehs, 1990, p.50).

## **CUIDADO POPULAR**

São comportamentos, técnicas e processos desenvolvidos de acordo com valores

culturais contendo informações tanto do sistema profissional como popular de saúde (Boehs, 1990, p.50).

### **CULTURA**

“Cultura se refere aos valores, crenças, normas e modo de vida praticados, que foram aprendidos, compartilhados e transmitidos por grupos particulares que guiam pensamentos, decisões e ações de forma padronizada”(Pereira, 1998, p.19).

“A introdução do ser humano na cultura acontece na família, onde o mundo começa a ser simbolizado e estruturado” ( Monticelli, apud Pereira, 1998, p.19).

### **CRENÇAS**

São condições íntimas, onde o ser humano tem por verdadeiro o que lhe foi transmitido através do seu processo de desenvolvimento e aprendeu a crer e respeitar no meio em que vive (Leopardi, 1999).

### **VALORES**

São importâncias sentidas em relação a objetos, atos e ou pensamentos, sendo usada para direcionar certas decisões e atitudes em relação a uma situação (Leopardi, 1999).

### **FAMÍLIA**

“A Família é uma unidade dinâmica constituída por pessoas que se percebem como família, que convivem por um espaço de tempo, com um estrutura e organização em transformação, estabelecendo objetivos comuns, construindo uma história de vida. Os membros da família são unidos por laços consanguíneos, de interesse e / ou afetividade. Essa família vive num ambiente físico, sócio econômico, político e cultural interagindo com outras pessoas, famílias, profissionais e instituições. A família reafirma sua identidade própria, possui, cria e transmite crenças, valores e conhecimentos comuns, influenciados por sua cultura e nível sócio econômico. A família define objetivos e promove meios para o crescimento e desenvolvimento contínuo de seus membros e do seu próprio processo de viver. A Família possui atribuições, dentre as quais está o cuidado da saúde de seus membros no processo de viver e ser saudável” ( Santos, Stuepp e Saucedo, apud Pereira, 1998, p.18).

São pessoas ligadas entre si por diversas razões situando – se num sistema de parentesco. A cultura determinará a estrutura da família, o tipo de ligação, a interação entre seus membros e a interdependência com a estrutura social (Boehs, 1990, p.48).

### **SAÚDE**

É um estado de bem – estar, culturalmente definido, avaliado e praticado e que reflete a capacidade que os indivíduos (grupos), possuem para realizar atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória. A saúde / ser saudável é entendida como algo universal em todas as culturas, embora definida no âmbito de cada cultura. Assim, a saúde/ ser saudável é universal e diversificada (George, 1993).

### **SOCIEDADE**

Refere – se ao fato básico da associação humana. Inclui todas as espécies e graus de relações entre os homens, sejam elas conscientes ou não, antagônicas ou cooperativas. Esta sociedade tem uma estrutura social, situa – se no ambiente físico, e tem uma cultura. A estrutura social é constituída de agregados organizados dentro de uma sociedade que interdependem entre si : sistema religiosos, sistema de saúde, sistema econômico, classe social, educacional, de parentesco e outros (Baseados em Mayer e Rummey apud Boehs, 1990, p.46).



## **5 - RECURSOS METODOLÓGICOS PARA A PRÁTICA DE CUIDADOS DAS FAMÍLIAS**

### **5.1 - Descrição do local de estágio**

O estágio foi desenvolvido no Centro de Saúde II Saco dos Limões, no período de 13 de setembro à 17 de novembro de 2000.

O Centro de Saúde localiza-se na rua João Motta Espezin, Saco dos Limões município de Florianópolis; em espaço cedido pelo Centro Comunitário local. A nova instalação do Centro de Saúde está em construção e se localiza no ponto final do bairro. É uma instituição pública pertencente à Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Sua estrutura física dispõe de 04 consultórios, 01 sala de vacinas, 01 sala de nebulização, 01 cozinha (utilizada pelos funcionários do Centro de Saúde), 01 sala para realização de curativos, 01 sala para realização de coleta de preventivos de Câncer de Colo de Útero e Triagem, 01 local onde situa-se o balcão de atendimentos e sala de espera, 01 banheiro anexo a sala de Ginecologia utilizado pelos funcionários, 01 sala onde situa-se a farmácia, 01 laboratório e 01 consultório odontológico (em ANEXO nº 3 - planta do Centro de Saúde).

Este Centro de Saúde oferece à comunidade os seguintes serviços: consulta médica (geral, pediátrica, homeopática ginecológica e obstétrica), consultas de enfermagem (pré-natal, puerpério e preventivo de câncer de colo de útero e mama), atendimento odontológico, Programa Nacional de Imunização, Programa Capital Criança, SISVAN - Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional), Programa Hora de Comer, Programa do Leite, PACS (Programa de Agentes Comunitários de Saúde), Grupo de gestantes, Grupo de Idosos e está sendo implantado o Grupo de Hipertensos e Programa de Saúde da Família; também são realizados procedimentos básicos de enfermagem (curativos, nebulizações, retirada de pontos, teste do pezinho entre outros).

O quadro de funcionários é composto por: 02 enfermeiras, 01 técnico em

enfermagem, 04 auxiliares de enfermagem, 01 atendente, 20 agentes comunitários, 01 técnico de laboratório, 01 auxiliar de odontologia, 02 dentistas, 02 clínicos gerais (um deles atende também como homeopata), 01 pediatra, 01 ginecologista-obstetra, 01 responsável pela limpeza e 01 auxiliar administrativo.

### **5.2 População alvo**

As famílias que fizeram parte deste trabalho residem na comunidade do Saco dos Limões, e algumas são cadastradas em um dos programas desenvolvidos no Centro de Saúde.

Foram selecionadas três famílias com base nos seguintes critérios:

- a) necessidade de atenção especial de saúde, detectados pelos profissionais do Centro de Saúde, através da assistência prestada em um dos programas;
- b) presença de gestantes e/ou crianças na sua composição;
- c) possuir uma convivência cotidiana com os seu (s) membro (s) mais idoso (s) (gerações anteriores), que preservam as práticas culturais de cuidado à saúde.

### **5.3. Plano de ação**

Nosso projeto assistencial foi desenvolvido no domicílio de famílias da comunidade do Saco dos Limões, buscando integrá-las aos programas e atividades desenvolvidas no Centro de Saúde deste bairro.

Descreveremos, a seguir, os objetivos propostos, seu desenvolvimento e a sua avaliação.

#### **Objetivo 1**

\* Conhecer o contexto sócio/econômico/cultural e de saúde da comunidade do Saco dos Limões.

Em um primeiro momento, buscamos conhecer a história do bairro, que segundo Sérgio Regis, um estudioso de literaturas com a finalidade de valorização do patrimônio histórico de Florianópolis, moradores e pessoas que trabalhavam na localidade no

princípio do século, “ todos os locais desta ilha ( atual Ilha de Santa Catarina e outrora chamada de Meimbipe [ terra depois do Estreito, além do pomar ] ) eram habitadas pelos índios Cariós, conhecidos como “Carijós”.

Vieram os conquistadores que, com sua audácia, ambição e força bélica, constituída inicialmente por naus e caravelas, foram aportando nos locais que mais ofereciam abrigo à esquadra ou ao solito navio pirata. Muitas baías ofereciam o quebra vento natural, tão necessário para proteger a tripulação. Conseguiram nestas praias, água, madeira e todo tipo de alimentos da região necessários para fazer a chamada “aguada”( suprimento do navio”.

É aí que entra em cena a pitoresca baía, conhecida por Ter inúmeros arbustos do tipo limoeiro, em quantidade tão grande que poderiam abastecer o navio e usá-lo no combate de uma doença devastadora entre a tripulação, era o escorbuto.

E assim foi, os navios que por estas paragens navegaram, faziam escala na Baía Sul, Enseada do Saco dos Limões e carregavam as naus de madeira para o reparo, água, alimentos, vegetais, carne de caça das cariós ( tipo de galinha hoje conhecida pelo nome de aracuã) e principalmente o limão, trunfo no tratamento à doença hemorrágica.

Neste processo de vai e vem que surge o vilarejo de Nossa Senhora do Desterro e consequentemente suas freguesias como a do Saco dos Limões, que se formou por nativos, estrangeiros e escravos que se refugiaram em quilombos e bolsões de negros alforriados.

Esta comunidade também escoava seus produtos e de outras freguesias que procuravam pontos de venda no novíço conglomerado de Desterro.

Hoje o bairro inchado pela superpopulação, com inúmeros problemas sociais e falta de infra estrutura, fica a espera de soluções governamentais e atuação de instituições não lucrativas, para melhorar a qualidade de vida dos aqui residentes.”

Segundo Virgílio Várzea, “O Saco dos Limões demora de três a quatro léguas do Desterro ao fundo da pequena enseada cujo litoral, outrora coberto de limoeiros como toda vizinhança da capital e com um pronunciado contorno de saco fechado pelas pontas Caiacanga-mirim e das Almas, conferiu-lhe o nome por que é conhecido desde muitos anos. O arraial está assente em parte sobre a colina da Carvoeira, que faz um amplo cabeço na costa e vai morrer para o centro junto a Trás do Morro. A outra parte desce para a praia, alongando-se em enorme curva alvacenta até a Costeira do Pregibaé ( hoje Costeira do Pirajubaé )”.

No final do século passado, segundo Virgílio Várzea, o Saco dos Limões era um povoado de “pequenas construções de pedra e cal, com jardinzinhos floridos e terrenos bem plantados. Nota-se porém entre elas algumas chácaras maiores, à semelhança das da cidade, pertencentes a negociantes que vão para ali veraneiar todos os anos”.

Dados colhidos no Conselho Comunitário de Saco dos Limões :

Subordinada ao terceiro subdistrito, a comunidade de Saco dos Limões, situa-se a leste da Ilha de Santa Catarina e ao sul da cidade de Florianópolis, juntamente com a comunidade de Costeira do Pirajubaé e José Mendeó ( em ANEXO nº 4 - o mapa do bairro).

Devido a pequena distância do centro de Florianópolis ( 04 Km ) a área é considerada como zona urbana, sendo muito grande o número de habitantes que dependem economicamente da área central da capital.

Limites :

NORTE : Clube Penhasco ( Bairro Miranda )

SUL: Base Aérea e Rio Tavares

LESTE : Baía Sul

OESTE : Bairro Trindade e Pantanal

A partir do aterro de parte da Baía Sul, para a construção da Avenida Beira Mar Sul ( Avenida Valdemar Vieira ) , houve maior facilidade para a migração de habitantes, tendo-se em vista que o mesmo acabou com os problemas trazidos pelas altas marés, porém os moradores estão sem o campo de futebol, os esgotos se acumulam nas valas do aterro e , em dias de vento Sul todas as casas têm que ser fechadas por causa da poeira que invade peças e móveis.

Devido ao desenvolvimento desorganizado e acelerado, nota-se o pouco interesse de preservação de espaços físicos para lazer comunitário bem como não se percebe preocupação real dos habitantes pela ecologia ou por ajardinamento, como originalmente ocorria nesta comunidade.

O vento sul e sudeste atinge praticamente todo o bairro e, devido ao clima subtropical, o mesmo é, habitualmente, quente e úmido.

A religião predominante é a católica, contando o bairro com a Igreja Nossa Senhora dá Boa Viagem. Em segundo lugar apresenta-se a Igreja Assembléia de Deus e Testemunha de Jeová. Além dessas religiões, encontramos dois terrenos de umbanda, sendo que grande parte de adeptos desta seita se autodenominam “católicos”.

O Bairro conta com o Colégio Estadual Getúlio Vargas, que atende a comunidade desde o Pré-escolar até a conclusão do segundo grau. Além desse colégio, dispõe de três centros de atendimento ao pré-escolar : Jardim de Infância “Amor de Criança”( estabelecimento particular), Creche Nossa Senhora da Boa Viagem ( Centro Social Urbano) e Jardim de Infância do Caieira ( estabelecimento particular) .

A comunidade de Saco dos Limões é composta por 53,6% de homens e 46,4% de mulheres.

Observa-se certa concentração de jovens abaixo de 18 anos (37,3% ) . Dentro da população economicamente ativa com idade entre 18 e 60 anos concentra-se a maioria absoluta ( 51,1%). É pequeno o número de idosos na comunidade com apenas 6,8%.

O bairro conta com dois Clubes Recreativos e Sociais : Clube Cultural e Recreativo Limoense e Sociedade Recreativa e Esportiva Ipiranga.

Além desses existem vários grupos de jovens e adultos que propiciam integração em programas de cunho social. Podemos citar :

- Conselho Comunitário de Saco dos Limões – Centro Social Urbano “Dom Joaquim Domingues de Oliveira “;
- Associação dos moradores do Saco dos Limões;
- Associação dos moradores do Morro do Limoeiro;
- Associação de pais e professores ( APP );
- Associação dos Moradores da Caieira ( AMOCA );
- Grupo de jovens;
- Movimento Familiar Cristão;
- Associação Coral Nossa Senhora da Boa Viagem;
- Grupo de cursilhistas;
- Equipes de catequese;

- Sociedade Carnavalesca Limoeiro.

Todas essas entidades trabalham isoladamente ou em grupos, proporcionando à comunidade lazer, assistência e educação comunitária.

O bairro apresenta dois extremos. Se por um lado encontramos grande número de famílias provenientes de classe média, por outra parte apresentam-se bolsões de grande carência, mais acentuadamente encontrados nas encostas dos morros.

As condições de saúde, habitação e cultura são influenciadas diretamente pela economia e desenvolvimento comunitário.

O baixo nível de educação sanitária, aliado à carência de serviços de esgoto, são os maiores responsáveis pelos problemas de saúde e higiene da comunidade, estando o aspecto nutricional relacionado ao baixo poder aquisitivo da população.

Atualmente o bairro conta com um Centro de Saúde II (Prefeitura Municipal de Florianópolis) que funciona no Centro Social Urbano/Antigo Departamento de Saúde Pública, contando também com laboratório de coleta de amostras para análises clínicas e consultório odontológico.

Quanto a comunicação, transporte, energia elétrica e água a população é bem servida sendo muito poucas as habitações sem água tratada ou energia elétrica, que são as moradias de difícil acesso. Pavimentações de servidões e recuperação do asfalto das ruas de acesso ao bairro, reposição de lâmpadas nas ruas, etc. , são as solicitações mais freqüentes dos moradores.

Conhecemos um pouco mais sobre as crenças e valores culturais da comunidade através de visitas à algumas benzedadeiras e pessoas antigas que lá residem, pois compreendemos que cada alternativa de cuidado possui seu próprio meio de explicar e tratar as doenças, o que é de extrema importância para compreender a abrangência e a inserção do cuidado cultural nas famílias, nesta comunidade.

Nas visitas realizadas às benzedadeiras (descritas no ANEXO nº 5), compreendemos que estas são pessoas (mulheres) que tornam-se especialistas em métodos de cura. Essas curandeiras não fazem parte do sistema médico “oficial”, porém ocupam uma posição

intermediária entre a alternativa informal e a profissional de cuidado à saúde da comunidade.

Geralmente existem diversos tipos de curandeiros, populares em todas as culturas, desde as parteiras, extratores de dentes, indivíduos que tratam de ossos, espirituais e clarevidentes, formando um grupo heterogêneo com variações individuais em estilos e pontos de vista, prestando cuidado à população.

Segundo Rabelo apud Alves (1988) , analisar um ritual de cura é identificar e compreender os processos através dos quais esse transforma a experiência de seus participantes. Um ritual é capaz de curar quando permite uma mudança na perspectiva do paciente. A cura pode ser entendida como uma influência do doente fazendo com que ele redirecione-se a novas experiências ou perceba esta experiência com um novo olhar, com um novo contexto de experiência.

Grande parte dos curandeiros populares compartilham os mesmos valores culturais básicos, incluirão crenças sobre a origem, significado e tratamento de doenças. A cura na alternativa popular oferece diversas vantagens a seus usuários, em comparação a medicina científica moderna. Uma delas é o envolvimento frequente da família no diagnóstico e tratamento (Helmann, 1994).

Avaliamos que este objetivo foi alcançado, pois conhecemos traços sócio-culturais da comunidade , suficientemente, para poder detectar/ reconhecer aspectos culturais importantes que influenciam os cuidados de saúde das famílias.

Durante um procedimento realizado no Centro de Saúde em que um pai foi levar o filho para receber medicação intramuscular, tivemos a oportunidade de observar que a criança estava com uma “faixa” envolvendo seu tórax. Ao deparar-nos com esta situação logo nos veio em mente que poderia ser uma “benzedura” para “arca caída”. Foi então que perguntamos para o pai, que estava desconfiado, por termos visto a “faixa”: - “A criança foi benzida?” , e o pai surpreso respondeu: “Foi. Minha mulher mandou benzer de “arca caída”. Esse cuidado foi mantido, pois como tínhamos conhecimento desta prática cultural, sabíamos que este tipo de cuidado poderia ser integrado aos cuidados profissionais sem prejuízo à saúde da criança. Foi importante ampliarmos nossos conhecimentos acerca de diferentes práticas de cuidado pois, com isso, enriquecemos e amadurecemos nossos conceitos sobre o assunto, para melhor compreender e aceitar as crenças e valores de cuidados culturais das famílias.

## **Objetivo 2**

\* Conhecer as normas, rotinas, equipe técnica e área física do Centro de Saúde II Saco dos Limões.

Durante a primeira semana de estágio procuramos conhecer a área física do Centro de Saúde, bem como as normas e rotinas de seu funcionamento. Apresentamos nosso projeto à equipe multidisciplinar, para que compreendessem os nossos objetivos. Observamos receptividade e interesse por parte desta equipe para contribuir com o desenvolvimento deste projeto.

Para integrar-nos às rotinas e técnicas realizadas no Centro de Saúde, primeiramente acompanhamos alguns procedimentos como: consulta de exame preventivo de Câncer ginecológico, consulta de puerpério, vacinas, curativos e todo o fluxo administrativo do Centro de Saúde ( em ANEXO nº 6 fotos das atividades desenvolvidas pelas acadêmicas durante a prática assistencial ).

Buscamos uma relação empática constante com os funcionários no decorrer do estágio, para um bom relacionamento e melhor aproveitamento de nosso projeto e para manter um ambiente favorável de trabalho.

Consideramos este objetivo alcançado, pois ao longo do estágio estivemos integradas aos Programas, situadas na área física e aptas para desenvolver as atividades que o Centro de Saúde oferece à comunidade. Alcançamos uma boa interação com a equipe e isto foi importante, pois, certamente contribuiu para o um melhor entrosamento na dinâmica assistencial do Centro de Saúde.

## **Objetivo 3**

\* Aprofundar conhecimentos e desenvolver habilidades para cuidar de famílias na comunidade.

Procuramos enriquecer nossa bagagem de conhecimentos para, prestar um cuidado qualitativamente melhor no que diz respeito às situações de saúde/doença das famílias trabalhadas, e também às atividades realizadas por nós acadêmicas no Centro de Saúde, junto a seus programas.



Participamos de eventos que nos forneceram subsídios valiosos para ampliar nossos conhecimentos acerca do cuidado às famílias como: Projeto Acolher (dias 30 e 31 de agosto de 2000), Simpósio de Alzheimer (dia 13 de novembro de 2000), e curso/oficina sobre diagnóstico de enfermagem, prescrição e resultados em “Home Care” do IIIº Congresso Brasileiro do Conselho de Enfermagem (dias 12 e 13 de outubro de 2000)(Certificados em ANEXO nº 7).

Realizamos duas visitas à outros municípios que desenvolvem o Programa de Saúde da Família – PSF, em Blumenau e Laguna, para que tivéssemos conhecimento de outras realidades referentes a este programa.

### **Visita do PSF em Blumenau**

A visita foi realizada no dia 09 de novembro do ano de 2000, das 10:00 às 12:00 e das 13:00 às 16:00 horas. Fomos recebidas pelo coordenador do Programa de Saúde da Família Dr. Marcelo Dala Bernardino Dalla, que nos orientou e informou sobre o programa. Neste município o PSF é constituído por 23 equipes, distribuídas em 20 unidades de saúde, onde cada equipe é composta por: 1 médico da família, 1 enfermeiro e 2 auxiliares de enfermagem.

Acompanhadas do coordenador do PSF conhecemos dois Centros de Saúde que desenvolvem esse programa; o da comunidade de Araranguá e o da República Argentina.

Na comunidade de Araranguá, com horário de funcionamento das 7:00 ao 12:00 e das 13:00 às 17:00, de segunda a sexta-feira, possui área física composta por 1 consultório de clínica médica, 1 de ginecologia, 1 de pediatria, 1 sala de procedimentos, medicamentos pequenas cirurgias e esterilização de materiais, 1 consultório odontológico, 1 sala de reuniões, 1 sala de vacina, copa, recepção e dois banheiros. Assiste 1700 famílias, distribuídas em 7 micro-áreas, sendo que apenas 1300 estão cadastradas.

Nesta unidade são desenvolvidos grupos de gestantes, hipertensos, para prevenção de câncer ginecológico, e outros programas preconizados pelo Ministério da Saúde.

Este Centro de Saúde possui 40 pacientes em sistema de internação domiciliar, sendo este um número considerável para apenas uma equipe de saúde, que ainda presta cuidados domiciliares à comunidade em geral quando solicitado como: medicação, verificação de pressão arterial, curativos e teste de glicemia capilar.

A equipe se reúne, semanalmente, para discutir e avaliar os serviços prestados à comunidade.

A comunidade não possui um Centro Comunitário, não tendo oportunidade de participar da avaliação dos serviços de saúde prestados pela equipe.

No Centro de Saúde da comunidade da República Argentina, com horário de funcionamento semelhante ao referido anteriormente, possui área física composta por 1 sala de grupos (reuniões), 1 copa, 3 banheiros, 1 consultório de clínica médica, 1 sala de curativos, injeções, pequenas cirurgias e esterilização de materiais, 1 consultório de ginecologia e pediatria, 1 sala de procedimentos de enfermagem e farmácia, 1 sala de vacina e recepção.

Este Centro de Saúde atende 1200 famílias cadastradas, em um total de 3709 habitantes, porém existem mais famílias que ainda não foram cadastradas por falta de agentes comunitários de saúde.

Possui cinco micro-áreas, sendo duas destas de risco.

É desenvolvido um trabalho educativo com grupos de mulheres (gestantes, e prevenção de câncer ginecológico), bem como com hipertensos, diabéticos, e pais de crianças com baixo peso. Além disto, outros programas preconizados pelo Ministério da Saúde, são desenvolvidos neste Centro de Saúde .

Nesta área há um paciente em sistema de internação domiciliar, além de outros cuidados domiciliares prestados à comunidade de acordo com as necessidades que se apresentam.

A equipe se reúne quinzenalmente para avaliação das atividades, e a comunidade possui um Centro Comunitário, onde as reuniões com a equipe de saúde acontecem, geralmente na 2º segunda feira do mês. Nesta reunião a comunidade tem a possibilidade de dar sugestões e/ou fazer reclamações sobre a assistência de saúde prestada.

Nas equipes de Programa de Saúde da Família de Blumenau, não existe um trabalho em sistema de plantão ou sob aviso ( sábados, domingos e feriados), sendo que

quando ocorre a necessidade de um atendimento de urgência no domicílio estes são orientados a procurar as emergências hospitalares neste período.

Dentro das atividades do SINASC, a partir da notificação realizada pela Maternidade em que ocorre o nascimento da criança, a equipe do Centro de Saúde é mobilizada com a visita domiciliar da Enfermeira à família do recém nascido nos primeiros dias de vida deste.

A Secretaria de Saúde realiza um controle quantitativo dos procedimentos desenvolvidos pelas equipes no Centro de Saúde através dos boletins mensais enviados por estes.

A forma dos prontuários nos chamou a atenção, em especial, por ser um prontuário para cada família e conter os registros de cada membro; percebemos maior eficácia nesta sistemática de registro pois a família é vista integralmente e não individualmente pois entendemos que quando um membro da família adoece, toda a família é afetada por existirem as interações familiares, e também por considerarmos esta uma unidade de cuidados à saúde.

Esta visita foi de grande importância para o desenvolvimento de nosso trabalho acadêmico e também para nossa futura vida profissional, ampliando os nossos horizontes no trabalho com famílias, trazendo valiosas contribuições para o nosso aprendizado. Gostaríamos de destacar, especialmente, a cordialidade com que fomos recebidas pela Coordenação do Programa e toda a atenção a nós dispensada, o que, reflete a filosofia de trabalho desta equipe e a organização do Programa neste município.

A partir do breve contato que tivemos com as atividades desenvolvidas pelo PSF no município de Blumenau, e de nossas reflexões teóricas sobre os cuidados à Saúde da Família, gostaríamos de contribuir com este Programa, com as seguintes sugestões/considerações:

Primeiramente, destacar a iniciativa de desenvolver os cuidados domiciliares às famílias, em sistema de “internação domiciliar” a partir do Centro de Saúde, o que nos parece um avanço deste Programa, no sentido de aproximar a equipe e a assistência à saúde do real contexto cultural das famílias, havendo assim, maiores possibilidades de oferecer

um cuidado à saúde culturalmente congruente e o envolvimento efetivo da família no processo de cuidados à saúde de seus membros.

Pensamos que na questão do cadastramento das famílias, a atuação dos Agentes Comunitários de Saúde é relevante, bem como o seu papel na “aproximação cultural inicial” destas famílias no processo de cuidar, uma vez que, geralmente são pessoas inseridas no contexto sociocultural da comunidade. Neste sentido seria pertinente rever a necessidade de ampliação do número de Agentes Comunitários de Saúde nas equipes do PSF, o que segundo nos foi informado, já é uma meta do Programa.

Para que uma equipe de saúde desenvolva um trabalho coletivo e não individualizado ou compartimentalizado; é necessário que os profissionais que a integram discutam profundamente as questões de cunho filosófico ligados diretamente ao processo assistencial, buscando uma linha teórico-metodológica ligado à visão sobre saúde/doença/ser humano/família, e outros aspectos ligados diretamente ao processo. Assim, conduzida por uma orientação paradigmática a equipe poderá chegar a uma assistência integrada, na esfera de um trabalho coletivo em saúde, havendo então, também, parâmetros mais claros e definidos para uma avaliação qualitativa das ações desenvolvidas por estes profissionais junto as famílias.

No processo interativo entre os profissionais e as famílias consideramos a questão do vínculo como um dos pontos centrais, para o estabelecimento da empatia, da confiança e da “abertura ao outro”. Neste sentido consideramos louvável, a presença do enfermeiro no domicílio das famílias, dos recém-nascidos nos seus primeiros dias de vida, participando efetivamente, de maneira muito próxima, do processo cultural do nascimento, num período em que se estabelecem fortes relações na ordem dos cuidados à saúde da criança.

No vínculo das famílias com os profissionais da equipe de saúde do Centro de Saúde, são construídas determinadas referências no processo de cuidar, ligados a vários aspectos como: comunicação, sentimentos, percepções sobre tratamentos, cuidados e sua eficácia etc. Quando ocorre a necessidade de uma intervenção estas referências vem à tona e orientam as decisões/encaminhamentos a serem tomados. Desta forma o vínculo entre os profissionais e as famílias no sistema de “internação domiciliar” é fundamental para a integração entre os sistemas de cuidados profissionais e cuidados informais ou populares à saúde, no processo do tratamento. Para que este vínculo se aprofunde é necessário a

constância da presença dos profissionais nestas relações; assim a alternância de profissionais na equipe não favorece este processo. Neste sentido também é aconselhável que, mesmo nos finais de semana (sábados, domingos e feriados) ou períodos noturnos haja um dos profissionais da equipe em sistema de plantão telefônico (sistema de sobre aviso) a fim de encaminhar as situações de emergência que ocorrem na família, oferecendo-lhes apoio necessário para a sua resolução.

A agilidade das ações em um Programa também tem uma ordem estrutural; um sistema de cuidados domiciliares demanda em uma locomoção mais complexa dos profissionais do Centro de Saúde ao domicílio das famílias. Muitas vezes o acesso rápido/imprevisto dos profissionais aos domicílios se faz necessário e para tanto é imprescindível garantir-lhes a disponibilidade de um transporte do próprio serviço.

Gostaríamos de destacar, mais uma vez, o perfil assistencial das equipes com as quais mantivemos contato neste Programa, quanto a iniciativa de buscar uma aproximação contextualizada com as famílias na comunidade, o que se reflete na sistemática de atendimento (cuidados domiciliares), na sistemática de registro (prontuários família) e também em outros aspectos.

Esperamos que, de alguma maneira, possamos ter colaborado com as nossas sugestões/considerações, retribuindo toda a atenção que nos foi dispensada pela coordenação do PSF em Blumenau, na oportunidade da visita em 09 de novembro de 2000.

Colocamo-nos à disposição para contribuirmos com este Programa naquilo que for possível.

### **Visita ao PSF em Laguna**

A visita ao Programa de Saúde da Família (PSF) foi realizada no dia 03 de novembro de 2000, pela acadêmica Eulália Silva, com uma carga horária prevista de quatro horas (8:00 – 12:00).

Este programa foi implantado dia 01 de dezembro de 1998, sendo formado por apenas uma equipe. Fazem parte de sua composição um médico; uma enfermeira, sendo que esta é a coordenadora da equipe; uma técnica de enfermagem; sete agentes

comunitários de saúde (ACS), onde cinco delas são auxiliares de enfermagem; um motorista; e um agente administrativo.

O horário de funcionamento desta Unidade de Saúde é das 8:00 – 12:00 e das 13:30 – 17:30, possuindo uma escala de plantão ou sobre aviso (feriado, sábado, domingo e no período noturno).

A equipe tem 1182 famílias cadastradas, atingindo 10% da população total do município. Esta área é dividida em 8 micro-áreas (Ponta da Barra, Passagem da Barra, Campos Verdes, Canal da Madre, Santa Marta, Canto da Lagoa, Cigana e Farol).

A estrutura física é composta por um consultório médico; um consultório de enfermagem, farmácia e triagem; uma sala de vacina; uma sala de atendimento de enfermagem; recepção; e um banheiro.

As atividades realizadas pela equipe de saúde são basicamente consultas médicas, consultas de enfermagem (preventivo, puericultura, gestantes, hipertensos e diabéticos), atendimento básico de enfermagem, atividades educativas, assistência à saúde da mulher, assistência à saúde da criança, assistência à saúde do adulto, visitas domiciliares (foram realizadas 887 no mês de outubro), internações domiciliares (possui duas no momento), coleta de escarro, monitoramento das doenças diarreicas agudas.

A área de abrangência tem em sua totalidade 79 diabéticos, 293 hipertensos, 36 gestantes, 369 crianças menores de cinco anos e dentre esses 73 são menores de um ano.

Esta equipe apresenta uma peculiaridade que me chamou a atenção, quanto a marcação de consultas, os ACS fazem a marcação na comunidade e cada micro-área tem um dia específico na semana para este atendimento, sendo que são reservados dez vagas por período (manhã e tarde), onde duas dessas são para emergências. Logo abaixo irei descrever como estas vagas são distribuídas durante a semana.

2ª feira: Manhã: micro-área 1 – Ponta da Barra com 238 famílias cadastradas.

Tarde: micro-área 3 – Campos Verdes com 171 famílias cadastradas.

3ª feira: Manhã: micro-área 4 – Santa Marta com 95 famílias cadastradas.

Tarde: Neste período, o médico da família intercala semanalmente entre trabalhos educativos (hipertensos, diabéticos) na comunidade e atendimento médico a micro-área 8 – Canal da Madre com 60 famílias cadastradas.

4ª feira: Manhã: micro-área 5 – Canto da Lagoa com 48 famílias cadastradas.

Tarde: micro-área 6 – Cigana com 107 famílias cadastradas.

5ª feira: Manhã: Neste período são realizadas visitas domiciliares (médico + ACS da área e enfermeira quando pode ir, ou seja, quando não tem que ficar no centro de saúde atendendo).

Tarde: micro-área 7 – Farol com 270 famílias cadastradas.

6ª feira: Manhã: micro-área 2 – Passagem da Barra com 193 famílias cadastradas.

Tarde: Neste período é realizado reunião com a equipe do PSF, onde são discutidos os resultados, conquistas, dificuldades, problemas. Esta é a maneira que a equipe encontrou para avaliar os trabalhos que estão sendo realizados por eles.

A população avalia o trabalho realizado pela equipe através de reuniões com o Conselho Local de Saúde, que se dá na terceira 4ª feira do mês. Nesta reunião, participam dois membros da comunidade, a equipe do PSF e um representante da Secretaria Municipal de Saúde. Também podem opinar através da caixa de coleta de informações, que se encontra em toda área. Já a Secretaria Municipal de Saúde, avalia o trabalho da equipe através dos boletins mensais que são enviados a esta e retornam a equipe.

Em dois anos, a equipe alcançou vários resultados positivos, entre estes: aumento na realização de consultas médicas, de visitas domiciliares, de vacinas; diminuição no número de internações domiciliares; criação do Conselho Local de Saúde; juntamente com a comunidade foi possível a implantação de linha de ônibus circular na região, coleta de lixo em todas as micro-áreas, implantação de sistema de abastecimento de água em uma delas e em outras três encaminhadas; ampliação da oferta de medicamentos básicos e quantidade de recursos humanos; participação na 1ª Amostra Nacional de Saúde da Família (Brasília-DF); classificação no concurso sobre experiências em saúde da família (Brasília-DF): de 130 municípios participantes, Laguna ficou dentre os 98 classificados; possui três

bicicletas, uma kombi de uso exclusivo e um telefone celular. Sua principal dificuldade é o espaço físico reduzido da Unidade de Saúde, onde é a sede do PSF.

Buscamos aprofundamento na área da Antropologia, para melhor compreensão das questões relacionadas com a cultura das famílias. Neste particular escrevemos um artigo relatando uma de nossas experiências, no processo de interação com a família Jasmim (artigo constante em ANEXO nº 8).

Consideramos o objetivo alcançado pois tivemos a oportunidade de conhecer outras realidades referentes ao PSF, o que nos fez expandir horizontes sobre trabalho com famílias. Pudemos constatar que a própria família nos ensinou a compreendê-la, e o exercício de refletir, teorizar sobre a nossa prática assistencial foi valiosa para incrementar a qualidade do processo de cuidar destas famílias.

#### **Objetivo 4**

\* Implementar o processo de enfermagem no cuidado às famílias, fundamentado na Teoria Transcultural de Madeleine Leininger de forma integrada aos programas desenvolvidos no Centro de Saúde ( a descrição dos programas desenvolvidos no Centro de Saúde – encontra – se no ANEXO nº 9).

##### **5.7.1 - Selecionando as famílias**

Conforme estipulado em um dos objetivos contidos no projeto selecionamos famílias que, em sua formação tivessem a presença de um idoso, uma gestante e uma criança. Esta seleção foi feita a partir do Centro de Saúde. Logo em uma primeira reunião com a coordenadora do Centro de Saúde II do Saco dos Limões e com os Agentes Comunitários de Saúde pudemos expor nossos objetivos de trabalho e escolhemos três famílias que se aproximavam de nossos critérios, que serão aqui referidas sob o pseudônimo de “Orquídea”, “Girassol” e “Jasmim”.

Para incluir estas famílias em nosso trabalho, apresentamos – lhes os nossos objetivos e a finalidade a que se destinava este projeto. Oferecemos – lhes a oportunidade de desistir na continuidade do trabalho, em qualquer momento de sua execução. Formalizamos o consentimento informado através de documentos constantes no ANEXO nº 10 ).



### **5.7.2 - A implementação do Processo de Enfermagem**

De acordo com George (1993), o Processo de Enfermagem representa um processo de soluções de problemas. É um instrumento metodológico do trabalho do enfermeiro e, como tal, auxilia nas decisões, planejamento, execuções e avaliação do cuidado de enfermagem.

### **5.7.3 - Processo de Cuidar fundamentado no modelo do Sol Nascente.**

**5.7.3.1 - 1ª Etapa – reconhecimento da situação cultural e de saúde da família:** é a fase onde coletam-se os dados e informações sobre a estrutura social e a visão de mundo da cultura do cliente/família. Aqui entram dados sobre os fatores fisiológicos, tecnológicos, religiosos, de parentesco e sociais, políticos e legais, econômicos, educacionais, valores culturais e modo de vida do cliente e da família.

Durante esta etapa foi preciso a realização de duas visitas no domicílio das famílias selecionadas para o reconhecimento da situação cultural e de saúde destas, dentro de seu contexto sócio/econômico/cultural. Juntamente com os Agentes Comunitários de Saúde – ACS que formam um elo sócio - cultural entre a comunidade e o Centro de Saúde, nos aproximamos das famílias em um primeiro contato. Antes mesmo da primeira visita, já tínhamos uma idéia de alguns aspectos que iríamos encontrar no domicílio de cada família, já que estas foram indicadas pelos ACS, que mantinham contato e um vínculo já estabelecido com estas. Neste primeiro encontro fomos bem aceitas, pois estávamos acompanhadas de uma pessoa que fazia parte de seu contexto sócio/cultural, um dos Agentes Comunitários de Saúde. Em um segundo encontro levantamos alguns dados sócio – culturais, com base no instrumento próprio, elaborado previamente ( ANEXO nº 11) o que tornou possível visualizar a família como um todo , bem como os seus membros individualmente.

**5.7.3.2 - 2ª Etapa – definição da situação da família e elaboração do diagnóstico de enfermagem:** Esta etapa consistiu em reflexões, compreensões e conclusões sobre a situação que se apresentou na 1ª etapa. Nesta etapa foram identificadas respostas humanas, limitações de recursos, bem como práticas de cuidado cultural, que direcionaram os nossos cuidados à estas famílias na etapa posterior. Serviu de guia para embasar a 3ª etapa do processo.

A partir dos dados coletados pelo instrumento ( ANEXO nº11) foi possível refletir e analisar as condições de saúde das famílias para elaborar o diagnóstico de enfermagem. Foi, inicialmente, bastante difícil, chegarmos ao diagnóstico de enfermagem para poder planejar e implementar o cuidado através da manutenção, acomodação ou repadronização deste. Acreditamos que as dificuldades iniciais que encontramos na implementação desta etapa, ocorreram pela pouca intimidade que tínhamos com nosso Referencial Teórico na prática de cuidar, pois não havíamos tido experiência em campo, com esta abordagem teórica, em nossa vida acadêmica anterior. Lidar com as questões culturais na família, foi para nós um grande desafio. As práticas culturais de cuidado, na família, nem sempre são explícitas, ou manifestadas em uma entrevista. Há que se detectá – las, por vezes, nas entrelinhas dos depoimentos das famílias. Da mesma forma, é necessário um certo grau de habilidade para identificar qual é o nível de importância e significado que determinada prática cultural de cuidados tem para a família. Por vezes estas questões só se revelavam após vários encontros, o que dificultava, de certo modo, o planejamento de nossa assistência. Compreendemos que o acesso às questões relacionadas às práticas culturais de cuidar tem uma relação direta com o aprofundamento das relações interativas entre a enfermeira e a família. A abertura ao outro e a revelação de aspectos culturais ocorreu, proporcionalmente, à medida que se estabelecem, progressivamente, a interação entre profissional e cliente.

**5.7.3.3 - 3ª Etapa – planejamento e implementação do cuidado:** incluíram as decisões e as ações de cuidados de enfermagem, procurando oferecer cuidados culturalmente congruentes. Um outro desafio que encontramos foi implementar o processo de enfermagem à família. A dinâmica de abordagem familiar, contemplava, em determinados momentos, a família como um todo, como uma unidade de cuidados. Outras vezes, focalizávamos, mais particularmente a situação de saúde/doença de um de seus membros, procurando sempre relacionar as relações e os reflexos que esta situação mantinha com a dinâmica familiar mais geral; ou seja, como os outros membros eram envolvidos, participavam, influenciavam, ou sofriam os reflexos desta situação específica de saúde/doença de um dos membros. O exercício de individualizar os problemas de saúde da família, nos fez perceber que um membro com a saúde afetada, envolve toda a família de uma forma geral em aspectos emocionais, financeiros, comprometendo as interações familiares pois este indivíduo que necessita de uma maior atenção faz com que o cuidador abdique de sua vida cotidiana. Inicialmente procuramos conhecer a família como um todo,

com base em dados relacionados aos fatores fisiológicos, tecnológicos, religiosos, de parentesco, sociais, políticos, legais, econômicos, educacionais, valores e modos de vida. Posteriormente, definimos, em conjunto com a família, um plano de ação geral, procurando priorizar aquelas situações de saúde/doença que necessitaram de maior atenção. Trabalhamos especificamente com determinados membros dessas famílias, em uma ordem de prioridade segundo as suas necessidades de cuidado. A partir do plano geral traçado com a família, procurávamos manter uma constante inter-relação do processo individual com a situação da família, sempre relacionando/atualizando o diagnóstico e plano familiar inicial. Os três modos de ação foram:

- preservação e/ou manutenção do cuidado cultural: fenômeno culturalmente embasado de assistir, dar suporte, facilitar ou capacitar o indivíduo/família auxiliando (a) a preservar os hábitos favoráveis de cuidado e de saúde;

- acomodação e/ou negociação do cuidado cultural: atos culturalmente embasados de assistir, facilitar ou capacitar, que revelaram formas de adaptação ou ajustamentos de hábitos de saúde e de vida dos indivíduos/família;

- reestruturação e/ou repadronização do cuidado cultural: modelos reconstruídos ou alterados (reorganizados) auxiliaram o indivíduo/família a mudar os hábitos de saúde ou de vida, de forma a tornar significativo ou congruente para ele próprio/ e para a família;

O planejamento dos cuidados a serem prestados às famílias, foi uma maneira de organizar nossa prática assistencial, que serviu de base para oferecer ao indivíduo/família um cuidado cultural cada vez mais congruente. Este planejamento foi realizado com a participação da família

**5.7.3.4 - 4ª Etapa – Evolução;** nesta fase avaliamos o benefício trazido pelo cuidado, ao indivíduo/família. A avaliação é considerada a última etapa do processo. Caracterizou-se, mais especificamente, pela apreciação conjunta das ações desenvolvidas durante o processo de cuidar. Permitiu ainda, verificar junto às famílias, quais os cuidados que foram mantidos, adaptados ou repadronizados ( Monticelli, apud Maestri, 1998, p.90).

O registro do processo exemplo em ( ANEXO nº12), se deu em um instrumento próprio, constando as etapas de: reconhecimento da situação cultural e de saúde da família, definição da situação e elaboração do diagnóstico de enfermagem, planejamento e implementação do cuidado e evolução.

As vivências junto às famílias foram registradas , em um diário de campo contendo notas metodológicas e notas pessoais das acadêmicas.

#### **5.7.4 - Avaliando o Processo de Cuidar.**

Após aplicarmos o processo de cuidar proposto por Dra. Leininger, refletimos e concluímos que; inicialmente foi difícil de implementá-lo por ser desconhecido por nós. Tivemos que nos adaptar a essa nova maneira de trabalhar, pouco conhecida pelos profissionais da área da saúde. Foi valioso pois conseguimos implementá-lo na prática, conseguindo visualizar a família como um todo em seu contexto sócio/econômico/cultural, procurando considerar também as especificidades das situações individuais de cada um dos seus membros, guardadas as interações com o todo familiar ( exemplo de instrumento preenchido em ANEXO nº 13 ).

#### **5.7.5 - Cuidando das Famílias no domicílio**

##### **5.7.5.1 - Família Jasmim**

Segundo Osório ( 1996 ) , a família Jasmim é organizada de forma “reconstituída”, pois é uma família formada a partir de uma viuvez, em que, no sentido conjugal, os papéis do homem e da mulher se misturam, ambos dividem a tarefa de promover o sustento da família e cuidar do lar ( genograma em ANEXO nº 14 ).

Foram realizadas oito visitas domiciliares no decorrer do estágio. A primeira visita domiciliar à família Jasmim se deu no dia 20 de setembro de 2000, juntamente com o Agente Comunitário de Saúde responsável pela área, onde esta família reside, já que o agente acompanhava esta família há um certo tempo e já havia conquistado vínculos de confiança e aceitação por parte desta. Por este motivo fomos bem recepcionadas. Após o consentimento informado formal, demos continuidade ao nosso trabalho.

A família Jasmim reside na rua João Motta Espezin, no bairro Saco dos Limões/Florianópolis. Possui casa própria, de alvenaria, composta por seis peças (3 quartos, 1 sala, 1 cozinha, 1 banheiro) e um rancho, envolvendo a casa tem um quintal calçado. A residência dispõe de luz elétrica (CELESC), água encanada (CASAN), esgoto. A coleta de lixo é executada pela prefeitura municipal, quase que diariamente, com exceção dos sábados e feriados.

O informante chave da família, foi o pai e chefe desta Sr. J1, assim sendo por ser o “pai dos filhos, homem da casa e a pessoa, mais respeitada”. Pai de oito filhos, sendo que os dois primeiros foram do primeiro casamento, que chegou ao fim devido falecimento da cônjuge. Dos oito filhos, seis estão vivos e apenas dois moram com o casal. Na atual relação conjugal, J3 (mulher) é do primeiro casamento e o J4 (homem) do segundo. Sr J1 tem 81 anos, aposentado, católico, não sabe ler e nem escrever, sabendo apenas seu nome. Apresenta alguns problemas de saúde como hipertensão arterial sistêmica, úlcera gástrica e osteoartrite. Sobre esses problemas, recebeu algumas orientações, entre elas: a necessidade de uma dieta específica, exercícios físicos regulares, inadequação do uso de certos medicamentos (auto-medicação). Foi encaminhado ao médico para controle sistemático. Sr.J1 faz uso de chás caseiros para alívio dos seus sintomas. Em todas as orientações ele demonstrou aceitação, mas percebíamos que as ações não ocorriam de forma efetiva. Em um dos nossos encontros falamos sobre a prática benéfica de chás caseiros, o que parece ter significado uma aproximação com os cuidados culturais adotados por Sr.J1 e sua família. Numa visita posterior notamos que o nosso vínculo havia se estabelecido com maior profundidade, por naquele momento, termos demonstrado certa abertura à sua cultura, suas crenças e valores. Isso se traduz na própria fala do membro Sr.J1: - “No mesmo dia em que vocês me falaram, que o chá de chuchu é bom para baixar a pressão, eu fiz e tomei”. Nós acadêmicas de enfermagem, podemos perceber que realmente Sr.J1 havia realizado este cuidado com relação a Hipertensão Arterial Sistêmica, pois no dia seguinte a esta orientação verificamos que os níveis pressóricos baixaram de 190X90 mmHg para 140X80 mmHg. Acreditamos que nesta situação o cuidado foi acomodado, pois adaptamos ou ajustamos este hábito de saúde de vida do Sr.J1.

Devemos ressaltar aqui, que tivemos uma dificuldade inicial no estabelecimento da interação com esta família, pois para que esta ocorresse, foi necessário que houvesse aceitação e confiança, o que ocorreu mais intensamente no quarto encontro. A partir daí, nos inserimos na família, como uma fonte de apoio, no sentido de promover a independência de cada membro da família, favorecendo o auto-cuidado.

Para Leininger apud Alonso (1999, p. 206) “a interação humana ocorre quando enfermeiro e cliente preservam, negociam ou repadronizam o cuidado cultural. Para um cuidado congruente o enfermeiro deve conhecer hábitos, crenças, normas e práticas de vida de seus pacientes e também estar ciente de seus próprios hábitos e valores culturais para

uma interação harmoniosa. A interação humana é algo inerente ao ato de cuidar do ser humano incorporado nos elementos do cuidado, também utilizados pelo enfermeiro como: respeito, amor, ajuda, confiança, simpatia, compaixão, sustentação. Como características de comportamento do enfermeiro para com o paciente a empatia, apoio, proteção, ajuda, educação dependendo das necessidades, valores e metas de quem está sendo cuidado”.

Sendo assim, para que pudéssemos conhecer e nos aproximar do seio familiar se fez necessário o estabelecimento da comunicação. Buscamos então conhecer suas práticas culturais, crenças, valores, temores, dúvidas, emoções, frustrações, vitórias, derrotas, além disso houve maior receptividade, acolhimento e envolvimento. Assim, progressivamente, foi se estabelecendo entre nós e a família Jasmim uma relação de troca e reciprocidade nas relações de cuidar.

Sra.J2, outro membro da família Jasmim, é a segunda esposa de Sr.J1, 62 anos, católica, com quem tivemos pouco contato, já que esta trabalha como cozeira na CELESC de 2º a 6º feira, saindo as seis horas da manhã e só retornando ao lar, as dezenove horas. Mas um breve contato com a Sra.J2, se deu no sábado, dia 11 de novembro de 2000. Fomos bem recepcionadas e Sra J2 demonstrou boa aceitação quanto aos cuidados e orientações que estávamos prestando a sua família, e também, quanto a nossa presença em sua casa.

A filha J3, do primeiro matrimônio do Sr. J1, tem 56 anos, é católica, solteira, do lar, não sabe ler e nem escrever. Apresenta alguns problemas de saúde como Diabetes Mellitus tipo I, Hipertensão Arterial Sistêmica e seqüela de Meningite. Esteve presente em todas as visitas , participando ativamente das conversas. Durante estes contatos tomamos conhecimento que ela faz crochê para passar o tempo e que não sai sozinha de casa. Por não ter quem a leve, não faz o acompanhamento no ambulatório B do Hospital Universitário no Programa de Controle da Diabetes Mellitus. Sua madrasta é quem lhe aplica a insulina, todas as manhãs antes de ir trabalhar.

J3 refere realizar dieta para diabético, come pouco e faz seis refeições ao dia. Porém percebemos, que esta dieta não é seguida à risca, o que se traduz na fala de seu irmão J4 – “J3, você não vai vir comer o seu pão com banana?”. Isto foi observado em uma das visitas, no período vespertino, realizada na casa desta família Quanto a prática de exercícios físicos, diz realizar caminhadas diárias em volta da casa. Não mantém os devidos cuidados com os pés , mas faz uso de calçados adequados e confortáveis. Durante

o acompanhamento da família Jasmim, J3 foi orientada sobre os aspectos acima citados, além de ser encaminhada para retomar o seu acompanhamento no ambulatório do Hospital Universitário.

O filho J4, do Sr.J1 com Sra.J2, que tem 34 anos, é católico, “encostado”, separado, tem uma filha que vive com a mãe. É portador do vírus HIV. Todas as vezes em que estivemos em sua casa, ele saía, não ficava para conversar e nem dava oportunidade para isto. Sua família sabe que é portador do vírus HIV, mas acreditamos que desconhecem a sua gravidade, por ter-nos informado, com tanta “naturalidade” sobre a doença deste membro da família.

Segundo Koller ( 1992 ), os portadores do vírus HIV sofrem todos os tipos de discriminação, por parte dos profissionais de saúde que se negam a prestar o cuidado ou o fazem de maneira discriminatória, geralmente também são discriminados pelos colegas, familiares, e pela igreja, talvez por desconhecimento dos meios de transmissão e prevenção da doença, ou até mesmo por suas crenças e valores. Por saberem que estão susceptíveis a este tipo de discriminação, principalmente das pessoas que ama, estes indivíduos se isolam temendo serem descobertos. A vergonha e a culpa se tornam mais expressivos quando associa-se o portador a comportamentos estigmatizados pela sociedade como promiscuidade, homossexualidade, uso de drogas injetáveis.

Com base nas informações de Koller compreendemos melhor as atitudes de J4, podendo ser entendidas como uma fuga do enfrentamento da sua própria realidade, de uma possível discriminação social, pela própria possibilidade de exposição desta realidade perante sua família. Nós acadêmicas de enfermagem, vistas como representantes do mundo profissional e do saber científico, poderíamos representar, potencialmente, uma “ameaça”, no sentido de trazer à família fatos e dados sobre aspectos sócio/culturais do processo de contágio e desenvolvimento desta patologia. Por isso, J4 se ausentava de casa todas as vezes que nos aproximávamos, ou observava a nossa presença há distância, por entre portas ou janelas entreabertas, o que parecia - lhe dar a “segurança” da “preservação” de sua intimidade. Este tipo de atitude se manteve até o nosso último contato com a família Jasmim, em 16/11/2000. Este fato nos frustrou, por vezes, pela vontade que tínhamos de trabalhar/cuidar este membro da família. No entanto, nossas reflexões (teóricas e com a orientadora) nos mostraram que nossa aproximação com J4 necessitava de um tempo maior de convivência, para que pudéssemos estabelecer laços de confiança que permitissem

maior abertura e acesso aos seus problemas, às suas preocupações e ansiedades, enfim ao processo de cuidar.

Consideramos que os objetivos propostos com esta famílias foram alcançado, o que se traduz na própria fala do Sr.J1: - “Que pena que vocês já vão embora”.

Acadêmicas: -“Queríamos agradecer, por ter permitido que nós trabalhássemos com sua família”.

J1: -“Como eu iria negar e fechar as portas da minha casa para vocês, se vocês estão aqui só para ajudar e fazer o bem. Eu acho, que todos da saúde deveriam fazer isto que vocês estão fazendo, ir nas casas das pessoas orientar, acompanhar, ajudar. Muito obrigado, quando quiserem voltar, as portas da minha casa vão estar sempre abertas”.

#### **5.7.5.2 - Família Girassol**

De acordo com Osório ( 1996 ) , a família Girassol é uma família nuclear, do tipo mais simples ou elementar, composta por pai, mãe e filho. Esse tipo de família possui as funções sexual, reprodutiva, econômica e educativa. É uma família de papel parental, formado pelo papel materno e o paterno. O papel materno, é de nutrição, agasalho e proteção, também acolhe as angústias existentes correspondentes no papel filial. O papel paterno, cabe interpor-se entre mãe e filho para diminuir a dependência e dar início ao processo de individualização e desenvolvimento ( genograma em ANEXO nº 15).

Foram realizadas oito visitas no domicílio desta família para que alcançássemos um vínculo interativo e, posteriormente, então o processo de cuidar pudesse ser implementado na prática.

Esta família reside na comunidade do Saco dos Limões, em casa própria, de alvenaria, com dois quartos, sala, banheiro, copa, cozinha e um bom terreno onde são plantados chás, que são usados no cuidado de saúde da família.

A informante chave foi G1, mãe, vivendo o 6º mês de gestação, 36 anos, do lar, muito religiosa (Testemunha de Jeová). Sempre demonstrou grande entusiasmo e interesse em estudar, porem nunca teve autorização de seu esposo para isso; tem como distração o hábito da leitura e também a realização de visitas à casa de pessoas que desejam conhecer sua religião.



Em nossos primeiros contatos, ficamos surpresas em depararmos com uma situação bastante delicada que era a não aceitação de sua gestação.

Esta é sua 2º gestação, e ela acredita que “Deus não faz bem feito duas vezes”, ainda mais em se tratando de um filho. Ela estava conformada, porém não demonstrava afeto para com a criança, perante a nossa presença.

Em uma de nossas conversas ela comentou sobre os fortes laços que unem o relacionamento com seu primeiro filho: “ Eu e G3 somos muito unidos, andamos de mãos dadas pela rua, gostamos das mesmas coisas, de acampar..., aqui em casa ele já está acostumado, tudo é para ele”.

Buscamos compreender a atitude de G1 (mãe) com relação ao seu 1º filho (grande ligação afetiva) e o filho que está esperando na atual gestação (não aceitação) e encontramos algumas respostas no contexto cultural familiar, ligado à religião (Testemunha de Jeová). G1 mostrou uma forte crença a respeito dos preceitos bíblicos, podendo, estar a super valorização do 1º filho, ligada a seus postulados religiosos (“parábola do filho querido”).

Foi a partir desta situação que buscamos aprofundar ainda mais as questões relacionadas à religião, no contexto cultural da família. Segundo Ulmann, “a religião pode ser definida como relação do ser humano ao fundamento de sua própria natureza, existência e sentido” (1991, p. 162).

As religiões se defrontam sempre com uma realidade sagrada proposta. Culturalmente existe uma grande expressão da religião e pensamos que o comportamento materno de G1 com relação à predileção do seu primeiro filho, pode ser uma forma de manifestação de suas crenças religiosas.

Com o desenrolar dos contatos, procuramos sensibilizar G1 sobre a importância do vínculo afetivo com seu 2º filho, conversando sobre gestação, parto, amamentação; começamos a notar um certo interesse por parte de G1, e sentimos que a partir daí sua gravidez não era mais apenas uma alteração fisiológica de seu corpo, mas que havia se tornado especial e significativa em sua vida.

Orientamos sobre cuidados referentes ao recém nascido, não sendo ignorada a bagagem cultural que a mãe já tinha com relação a isto; assim consideramos este cuidado acomodado. Para a prática do aleitamento materno, inicialmente, orientamos o preparo das

mamas, afim de fortificar os mamilos prevenindo fissuras; buscamos também uma aproximação com os conhecimentos culturais que G1 já possuía, porém reforçamos às orientações para que ela pudesse ter mais segurança e convicção de que alcançaria sucesso com a amamentação; sucesso este que não obteve com seu primeiro filho por falta de orientação adequada. Consideramos este cuidado acomodado.

Seu filho G2, 16 anos, estudante e funcionário de uma loja de refrigeração, que G1 dizia ser “perfeito”, já havia lhe trazido muitas tristezas pois tem problemas de saúde, como disfunções hepáticas e renais tendo sido internado várias vezes por estes problemas de saúde. Em uma oportunidade, perguntamos a G2 (filho) o que ele pensava a respeito da gravidez de sua mãe, e as palavras dele foram: “pena que veio tarde”. Isso nos faz refletir que para tudo na vida há, para as pessoas, uma época apropriada e que na percepção dele, o irmão deveria ter crescido junto com ele, para que pudessem desfrutar um da companhia do outro durante as brincadeiras e trajetória de crescimento e desenvolvimento.

Seu marido G3, 38 anos é militar, com quem pouco tivemos contato. Em uma das visitas percebemos um certo desconforto por parte de G1, em conversar conosco em sua presença. Notamos uma certa submissão dela para com o marido pois ela ficava atenta para ver se ele estava escutando nossas conversas. Segundo relato de G1, “não saio de casa sem ele, ou sem a ordem dele..., só saio sozinha para fazer visitas nas casas, com o objetivo de explicar a religião”.

Segundo Câmara apud Sarti ( 1996 ), para que um homem exerça com dignidade seu papel de botar comida para dentro de casa e mandar, deve ter caráter moral e para as mulheres o papel de dona de casa é fonte de sentimento e dignidade pessoal. Os homens delimitam a área de sua sociabilidade no bairro, enquanto as mulheres se relacionam com os vizinhos em torno das atividades domésticas e cuidado das crianças pois “mulher na rua sem motivos para justificar sua ausência de casa não é vista com bons olhos” p. (44).

A rua é um espaço masculino onde a delimitação os faz reconhecidos e legitimados entre seus iguais, implicando em hierarquias internas do bairro, definindo eixos de identificação e diferenciação dos moradores.

O fato de G1 poder sair para visitar as casas explicando a religião (Testemunha de Jeová), é um motivo que justifica sua ausência do lar, ou a seu trânsito pelas “ruas do bairro”.

Notamos que ela própria, embasada na religião, idealiza atitudes e comportamentos que ela gostaria que o marido tivesse para com ela, e que a faz sentir segura para sair de casa, sem a companhia de seu marido, são as visitas domiciliares para falar sobre religião, pois culturalmente, em seu ponto de vista, tendo este motivo não está fazendo “nada de errado”. Segundo Ulmann ( 1991 ) , assim, ela está mantendo a chama da ética, transmitindo normas morais aos membros de uma sociedade determinada, possibilitando uma criação de cultura.

No decorrer das visitas, pudemos observar uma forte presença do cuidado cultural à saúde para com a sua família, através do uso de chás caseiros, “se o problema não é tão sério trato com chás caseiros e se eu não consigo uma cura, procuro o médico”. Apesar de dar créditos ao cuidado cultural, notamos ainda assim, um certo predomínio do modelo biomédico, já que os chás caseiros foram prescritos (confirmados) pelo médico.

Os problemas de saúde de G2 (filho), não foram abordados neste momento pois necessitaria de um tempo maior, para que ocorresse uma confiança maior por parte de G1 (mãe) para que então estes fossem levados à tona, e portanto aprofundados por nós.

Ainda que não tenha sido possível (por trabalhar fora), a presença de G3 (pai) nos encontros seria importante para melhor compreendermos as suas percepções e expectativas sobre a situação e os encaminhamentos sobre as questões de saúde da família.

Consideramos que os objetivos, no processo de cuidar da família Girassol, foram alcançados pois, percebemos que construímos um processo de interação com esta família, o que pode ser revelado pela fala de G1 em nosso último encontro: - “Que pena que acabou, foi tão bom, passou tão rápido né”.

#### **5.7.5.3 - Família Orquídea**

O primeiro contato com esta família fora realizado no dia 21 de setembro de 2000 no período vespertino juntamente com a ACS responsável pela área onde esta reside. Após exposição de nossos objetivos e aparente aceitação da informante chave, marcamos novo encontro para início de trabalho.

O informante chave desta família, “O1” uma gestante (em fase final de gestação), 36 anos, cor branca, natural de Natal/ RN, do lar, casada com “ O2”, 36 anos, cor branca, natural de Florianópolis, desempregado. O casal tem quatro filhos nascidos e um por vir. O

primeiro filho “O3”, 12 anos, sexo masculino; o segundo “O4”, 11 anos, sexo masculino; terceiro “O5”, 5 anos, sexo feminino ; o quarto “ O6”, 2 anos, sexo masculino e o quinto que está por vir “O7” de 9º. mês gestacional, também do sexo masculino. Vivenciam dois tipos de organização familiar, nos dias de semana a família se encontra das onze horas da manhã até às vinte horas na residência dos sogros de “O1” onde, segundo Osório ( 1992 ), se organizam por reconstruções familiares, pois causam, durante esta convivência, mudanças no campo sócio-cultural dessas pessoas ; ao término do dia e aos finais de semana ela, o marido e os filhos ficam em sua casa que se localiza no morro da Caieira, onde a família se organiza de forma nuclear pois permanece em sua residência e a unidade familiar é formada de pai, mãe e filhos ( genograma em ANEXO nº 16 ).

Segundo “O1”, cuida dos sogros há mais de 9 anos, pois seu sogro “O8”, 72 anos, aposentado, sofre de Hipertensão Arterial Sistêmica e sua sogra “O9”, 66 anos, sofre de Diabetes Mellitus tipo 2 – não insulino - dependente, Hipertensão Arterial Sistêmica e Hipercolesterolemia. Há uma dupla dependência, onde o casal e seus quatro filhos dependem de “O8” e “O9” financeiramente e os sogros, por sua vez, dependem deles para os cuidados da casa , suporte emocional e dos cuidados à saúde. Segundo Osório (1992), esta família exerce papel filial, pois interdependem dos cuidados parentais.

Ao todo, foram realizadas oito visitas à família “Orquídea” ( casa dos sogros de “O1”) que reside na rua do Correio no bairro Saco dos Limões. Sua casa possui sete peças, dispõe de luz elétrica, água encanada, tratamento de esgoto e o lixo é recolhido diariamente pela CONCAP. Não foi feita nenhuma visita na residência de “O1” no morro da Caieira pois consideramos mais pertinente que os nossos encontros fossem realizados na residência dos sogros de □O1” uma vez que lá encontrávamos a família reunida; era também o local onde a cultura desta família se evidenciava melhor pela convivência intergeracional de seus membros. Para chegar à casa da família de “O1” no morro da Caieira, tínhamos que trabalhar, com maior profundidade, as interações com alguns membros de sua família para estabelecermos os laços de confiança, e então haver uma abertura para nosso acesso a este domicílio, uma vez que logo, de início, encontramos dificuldades de ordem social, que dificultavam o nosso acesso.

Um dos componentes da família Orquídea, “O1” , está vivenciando o nono mês de gestação; transição que faz parte do processo normal do desenvolvimento. A gestação “é um episódio crítico no ciclo evolutivo da mulher, pois é um processo fisiológico que

envolve alterações profundas, cujas repercussões vão se sentir na área física, psíquica e social. Não é um episódio isolado, mas faz parte de um processo que está ligado não só a mulher como indivíduo, mas também à família e ao meio social em geral”( Kuntze,1991,p.9).Segundo acompanhamento em consulta de pré-natal , com ginecologista obstetra do Centro de Saúde II Saco dos Limões , podemos analisar que a gestação está evoluindo sem problemas e com data provável de parto para dia 14 de novembro de 2000.Paralelamente às consultas no Centro de Saúde , a gestante faz acompanhamento gestacional no Hospital Universitário pois pretende fazer laqueadura tubária, juntamente com o parto, fato este não aprovado pelo seu companheiro por este haver planejado ter mais sete filhos ( mesmo número de filhos que seu pai teve). Contudo, em parceria com seu sogro, “O1”conseguiu que seu marido, que é analfabeto, assinasse o documento de autorização para o procedimento de laqueadura tubária fornecido pelo HU. Seu sogro alega que “quem sustentou todos os meus doze filhos fui eu e minha companheira, mas quem vai sustentar a penca deste maluco sou eu”. “O1” recebe muita força de seus sogros, tanto financeiramente, quando emocionalmente, pedindo “conselhos” tanto sobre os cuidados com a saúde na família quanto para outros assuntos . Por ajudar a sogra, que é sequelada de AVC, limpar a casa e fazer comida, recebe ao final do mês uma “mesada” como pagamento de seu trabalho.

Segundo a informante chave, seu marido não trabalha : As vezes ele faz uns bicos de auxiliar de pedreiro e consegue um dinheiro para comprar o leite das crianças, mas pro cigarro ele sempre tem”. Em conjunto com os ACS pudemos chegar a informação que este é usuário de drogas. Segundo a compreensão de Sarti ( 1996 ) o marido de “O1” é “reprovado” socialmente, por não colocar seu salário a serviço do lar, sendo considerado por isso “avesso” à família, diferentemente daquela pessoa que, ainda que adquira seu dinheiro por vias “suspeitas”, reverte o seu ganho em benefícios para a sua família; e por isso poderá ser visto com uma certa tolerância, podendo ser mal encaminhado, mas não alguém que tenha “natureza ruim”.

Com relação aos filhos, “O1” relata que nenhum deles frequenta a escola pois não conseguem se adaptar ou ela não consegue matriculá - los no início do ano letivo. Os filhos “O5” e “O6” são desnutridos, fazem controle do estado nutricional mensalmente no Centro de Saúde, quando recebem leite e alimento através do programa SISVAN da Prefeitura Municipal de Florianópolis, através do CSII do Saco dos Limões, o que ajuda

no sustento familiar. Segundo informações de moradores próximos as crianças não são bem vistas pela comunidade, por apresentar hábitos anti-sociais. Barreto ( 1999), nos explica que é impossível a prática de virtudes, quando crianças desde cedo assistem e participam de conflitos sociais, mal exemplo dos pais e dramas familiares que são solucionados no mundo das drogas e violência. Estas crianças conhecem na pele a dureza da vida e tentam sobreviver ,a seu modo, ou até mesmo se organizando em gangues ( p.137).

A princípio, a escolha desta família foi devido à situação de gravidez de “O1”, mas com o desenvolvimento do trabalho percebemos o grau de importância da situação de saúde de “O8” e “O9” ( sogros de “O1”) que passou a ser nossa prioridade de cuidados.

O sogro “O8”, hipertenso, relata que foi “ ‘enfermeiro’ do Hospital da Guarnição de Florianópolis por mais de 18 anos, portanto sabe das complicações e cuidados que uma pessoa com pressão alta precisa”. Entretanto, realiza auto medicação, não faz dieta adequada para hipertensão, é sedentário e eventualmente toma uns “traguinhos”. Quando sente que sua pressão está alterada, ele mesmo a verifica. Refere que “prefere morrer comendo do que morrer fazendo dieta”. Com relação à qualidade de vida do idoso, a avaliação deste , pela proximidade da morte ,o faz pensar que o tempo que lhe resta de vida é para ser usufruindo em sua “plenitude” sem restrições de nenhuma espécie. “Avaliar a qualidade de vida na velhice implica na adoção de vários fatores de natureza biológica, psicológica e sociocultural. Para Neri apud Marcon ( 1999 ) , vários elementos são indicadores de bem estar na velhice : longevidade, saúde biológica, saúde mental, satisfação, controle cognitivo, competência social, produtividade, atividade, status social, renda, continuidade de papéis familiares e ocupacionais e continuidade de relações informais, como a rede de amigos”( p. 214). Com o propósito de melhorar e/ou manter seu bem estar, procuramos, avaliar as condições de vida de “O8” e acreditando que na elaboração de um plano de cuidados, alicerçado à necessidade e a realidade contextual de “O8” e sua família, poderíamos tentar repadronizar a sua forma de pensar sobre os benefícios uma dieta específica para hipertensos. Neste aspecto não tivemos muito sucesso pois sua visão de “qualidade de vida” está diretamente ligada aos prazeres de um bom prato, caracteristicamente “bem temperado”. Acreditamos que para chegar à repadronização dos conceitos sobre “saúde e qualidade de vida” de “O8”necessitaríamos

de uma interação bem mais prolongada com ele e sua família, para chegarmos à uma revisão de valores e crenças ligadas a sua própria cultura e visão de mundo.

A sogra “O9”, hipertensa, diabética e apresentando “colesterol elevado”, muito influenciada pelo pensamento do marido, segue esta mesma linha de pensamento. A saúde, doença e o envelhecimento são uns dos assuntos mais comentados entre o casal. Os cuidados seguem as suas próprias decisões buscando suporte na rede médica, que no caso da família em questão, é representada principalmente pelas consultas esporádicas ao cardiologista e endocrinologista através do plano de saúde que possuem pela aposentadoria de “O8”. A prática cultural de cuidados adotadas é o uso de chás que, segundo ela, “afinam o sangue”. O agravo dos órgãos dos sentidos, como o da visão são encarados como “próprios do envelhecimento”. Com relação à alimentação, orientamos “O1”, que é responsável pelo preparo da alimentação de toda a família, que esta sofresse algumas alterações, principalmente no que se refere à quantidade diária de açúcar, sal e o consumo de gorduras e proteínas. Contudo a informante chave referiu que “O9” “não se controla à mesa e come tudo o que todos comem e em grande quantidade”. “O9” come diariamente e “desde mocinha” mingau de farinha de mandioca com leite ao acordar, traço cultural de antepassados açorianos. É difícil para os familiares compreenderem que a dieta, e o apoio à realização desta, são imprescindíveis e que com uma alimentação saudável e equilibrada eles só lucrarão, tendo, para isto, mudar seus hábitos alimentares para a prevenção de doenças e ajudando os familiares que já estão com a doença instalada. Há uns três meses “O9” foi ao médico e relatou, juntamente com o marido, que tinha sido informada por este, que havia se curado do diabetes; fato que a fez pensar que todas as comidas estavam liberadas, inclusive os doces. Então, pagava os netos para que fossem às escondidas, comprar leite condensado, o que comia na própria lata. Em uma das visitas feitas à família, verificamos sua glicemia capilar e esta estava elevada (280 mg/dl) e somente vendo esta alteração é que ela acreditou que realmente tem diabetes e necessita se cuidar. Orientamos “O8” e “O9” quanto aos cuidados que um diabético deve ter e percebemos que “O8” estava sempre perto e escutando todas as orientações sem interferir, mas bastante atento.

A família e os amigos tem um papel importante a desempenhar. Além de tudo mais, muitas vezes o diabético necessita de ajuda direta de um familiar para o auto cuidado, fato que podemos observar em “O9”. É preciso muita força de vontade para manter o regime

diabético e nem sempre é falta de conhecimento que leva aos erros. O doente pode sentir-se de tal forma farto de sua diabetes que pode negá-la; não cumpre a dieta; não faz a terapêutica; não faz o auto controle ( Corrêa, et al, 1996 ).

A dieta para diabéticos deve ser trabalhada persistentemente, juntamente com um cuidadoso processo interativo com esta família e se trata de um trabalho a longo prazo , por conter mudanças de comportamentos da família diante da patologia, e valorização dos componentes do seu meio ambiente/cultural.

Constatamos, através de nossa vivência com “O9”, que como ocorreu com “O8”, seu marido, a repadronização de hábitos relacionados à dietas específicas, no caso de doenças crônicas, está profundamente ligada à raízes culturais. Isto significa re – significar determinadas referências de vida das pessoas, o que exige uma interação maior do profissional da saúde com a própria vida cotidiana destes, com as crenças e valores que regem o seu modo de viver. Para tanto necessitaríamos de um período mais prolongado de convivência, trabalhando com estratégias de sensibilização, vivências/ oficinas, buscando a repadronização de algumas referências e conceitos sobre saúde/ doença e qualidade de vida.

#### **5.7.6 - Integrando as Famílias aos recursos se saúde da comunidade.**

Conforme meta estipulada no projeto, procuramos estabelecer um elo de ligação entre a assistência domiciliar das famílias e os programas desenvolvidos no Centro de Saúde.

Dentre os programas desenvolvidos no Centro de Saúde, aos quais integrariamos as famílias por nós trabalhadas, citaremos aqueles que poderiam atender/servir as necessidades de cada uma das famílias cuidadas.

##### **Família Jasmim**

Programa Nacional de Imunizações, acompanhamento médico ( Clínico geral ) e/ou da Enfermeira para controle da Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e HIV/AIDS para tratamento e notificação.

##### **Família Orquídea**



Programa Nacional de Imunizações, SISVAN, Programa Capital Criança, consulta médica com Clínico geral ou consulta de enfermagem para acompanhamento de Hipertensão Arterial Crônica e Diabetes Mellitus, Grupo de Gestantes, acompanhamento Pediátrico, acompanhamento ginecológico/obstétrico para pré-natal, exame preventivo de câncer de colo uterino e de mama em consulta de enfermagem.

### **Família Girassol**

Programa Nacional de Imunizações, acompanhamento ginecológico/obstétrico para pré-natal, exame preventivo de câncer de colo uterino e de mama em consulta de enfermagem e Grupo de Gestantes.

### **Foram realizados os seguintes encaminhamentos:**

Família Jasmim:

J1, encaminhado à consulta médica com clínico geral para controle da hipertensão e úlcera gástrica.

J3, encaminhada ao ambulatório do Hospital Universitário, no programa de controle do diabetes, para acompanhamento, e encaminhada ao Centro de Saúde para realizar exame de preventivo de colo de útero e mama, porque a mesma já realizava acompanhamento nesta instituição e havia interrompido por não ter quem a levasse, uma vez que não sai de casa desacompanhada.

J4, encaminhado ao ambulatório Central DST/AIDS para acompanhamento de doença crônica, por se tratar de um serviço específico para este problema de saúde.

No início dos contatos sentimos uma certa resistência por parte do informante chave quanto a aceitação de realizar controle de sua doença crônica no Centro de Saúde, por falta de informação para com a sua doença e por desconhecer os serviços prestados pelo Centro de Saúde.

Família Girassol:

G1, encaminhada ao grupo de gestantes do Centro de Saúde para que ela se familiarizasse com a gestação, e também encaminhada para realizar a 1º dose da vacina anti-tetânica.

Este membro não participou do Grupo de Gestantes por não se ausentar de casa desacompanhada, sendo que seu esposo trabalha fora e seu filho estuda. Seu pré-natal não

é acompanhado no Centro de Saúde pois possui convênio com o Hospital da Polícia Militar, onde realiza este controle.

#### Família Orquídea:

O1, encaminhada ao ginecologista obstetra de Centro de Saúde para acompanhamento de pré-natal.

O5 e O6, estabelecido contato com a equipe de saúde para realização das vacinas em atraso no seu domicílio. Fazem controle do estado nutricional no Centro de Saúde.

O8, encaminhado à consulta médica com clínico geral do Centro de Saúde para controle de hipertensão.

O9, encaminhada à consulta médica com clínico geral e posteriormente ao endocrinologista para controle de Diabetes mellitus. Foi realizada consulta domiciliar com parceria de acadêmica de enfermagem que desenvolve projeto assistencial no Programa de controle do Diabetes no ambulatório do Hospital Universitário, em que foi feito; teste de glicemia capilar, exame dos pés, verificação de pressão arterial, bem como exame físico completo. Este membro não foi encaminhado ao Centro de Saúde para realizar este controle pois possui plano de saúde; no entanto não estava realizando acompanhamento, por acreditar que estava “curada” devido à interpretação que fez de uma informação médica.

Os membros idosos O8 e O9, não procuram os serviços prestados pelo Centro de Saúde por acharem “desnecessário” o cuidado para com a sua saúde por terem idade avançada. Estes também possuem convênio para um caso de emergência.

O membro O1 faz paralelamente pré-natal no Centro de Saúde e no Hospital Universitário, onde pretende realizar o parto e procedimento de laqueadura tubária. Refere que prefere os médicos do hospital ao médico do Centro de Saúde por não entender as orientações dadas por ele devido a procedência chilena do médico (dificuldade de comunicação/linguagem) e por discordar de certas recomendações feitas por este.

Informamos às famílias sobre os serviços prestados pelo Centro de Saúde à comunidade, porém, este não oferecem programas específicos para acompanhamento de doenças crônicas como Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus e AIDS, fazendo com que os moradores de bairro procurem outras instituições de referência.

Como estratégia de aproximação das famílias com o Centro de Saúde, a enfermeira/coordenadora do Centro de Saúde acompanhou-nos ao domicílio destas para fortalecer o elo entre o domicílio e o Centro de Saúde, podendo assim haver, continuidade do nosso trabalho, através do Centro de Saúde.

Consideramos este processo de integração entre as famílias e/ou comunidade com os programas oferecidos pelo Centro de Saúde de extrema importância pois permite que estas busquem os atendimentos de seus problemas de saúde no serviço que é oferecido em sua própria comunidade, podendo favorecer uma aproximação entre o cuidado profissional e o cuidado popular de saúde.

Avaliamos esse objetivo como parcialmente alcançado, pois ainda que no decorrer das visitas, tenhamos encaminhados os membros das famílias aos programas desenvolvidos no Centro de Saúde, dificuldades de cunho estrutural do próprio Centro de Saúde, de ordem social e cultural das próprias famílias e aspectos relacionados ao sistema de referência e contra referência entre as instituições de saúde se apresentaram como obstáculos importantes no fluxo desta integração.

### **Objetivo 5**

\*Participar efetivamente das atividades desenvolvidas através dos programas no Centro de Saúde.

Durante o período de estágio, realizamos vários procedimentos nos Programas de assistência do Centro de Saúde, dentre eles relacionamos os seguintes;

Consultas com puérperas em número de 46 (roteiro constante em ANEXO nº 17).

Consultas de enfermagem para planejamento familiar em número de 3.

Consultas para realização de exame preventivo de colo uterino e mama em número de 75 (roteiro em ANEXO nº 18).

Acompanhamento de consulta com ginecologista obstetra para pré-natal em número de 1.

Participação no grupo de gestantes em número de 1.

Alem destes, executamos procedimentos de enfermagem como curativos, retiradas de pontos, vacinas, injeções, verificação de pressão, nebulização, triagem entre outros.

Participamos de duas reuniões com Agentes Comunitários de Saúde e outras reuniões realizadas com a equipe multidisciplinar do Centro de Saúde.

Foi importante havermos desenvolvido todas estas atividades no Centro de Saúde pois, adquirimos habilidades técnicas e conhecimentos, conquistamos uma aproximação com a comunidade em geral (aproximação sócio-cultural), participamos na dinâmica de atendimento e do fluxo administrativo do Centro de Saúde, tivemos uma maior aproximação e conhecimento sobre os programas desenvolvidos no Centro de Saúde, o que favoreceu os encaminhamentos e aproximações destes com as famílias no cuidado domiciliar. Toda esta vivência aproximou-nos das Políticas Assistenciais desenvolvidas através do Programa de Saúde da Família no município de Florianópolis.

No último dia de estágio, realizamos uma confraternização com a equipe do Centro de Saúde, oportunidade em que pudemos perceber, através de depoimentos prestados, a profundidade do nível de integração que alcançamos com a equipe em si e também com a dinâmica assistencial desta instituição (fotos com a equipe em ANEXO nº 19).

Consideramos que este objetivo foi alcançado, pois conseguimos integrar nosso projeto aos programas desenvolvidos no Centro de Saúde.

## 6 - CRONOGRAMA

### Agosto/2000

<b>Data</b>	<b>Atividade</b>
23/08 Quarta-feira	Interfases/ Apresentação disciplina
24/08 Quinta -feira	Elaboração do projeto
25/08 Sexta-feira	Reunião com orientadora/ Elaboração do projeto
26/08 Sábado	
27/08 Domingo	
28/08 Segunda-feira	Elaboração do projeto
29/08 Terça-feira	Elaboração do projeto
30/08 Quarta-feira	Reunião com orientadora/ Elaboração do projeto
31/08 Quinta-feira	Elaboração do projeto

\* Reunião com orientadora e supervisora semanalmente, duração de 1 à 2 horas.

### Setembro/2000

<b>Data</b>	<b>Atividade</b>
01/09 Sexta-feira	Reunião com orientadora/ Elaboração do projeto
02/09 Sábado	
03/09 Domingo	
04/09 Segunda-feira	Elaboração do projeto
05/09 Terça-feira	Elaboração do projeto
06/09 Quarta-feira	Entrega do projeto
07/09 Quinta-feira	
08/09 Sexta-feira	
09/09 Sábado	
10/09 Domingo	
11/09 Segunda-feira	Entrevista com a banca
12/09 Terça-feira	Apresentação do projeto
13/09 Quarta-feira	Início do Estágio/ Apresentação das acadêmicas/ Reconhecimento do posto/ Apresentação do projeto à equipe de saúde/ Seleção das famílias
14/09 Quinta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial no Centro de Saúde/ Seleção das famílias/ Revisão literária/ Reconhecimento da comunidade.
15/09 Sexta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Seleção das famílias/ Revisão literária
16/09 Sábado	
17/09 Domingo	
18/09 Segunda-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/

		Revisão literária
19/09	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
20/09	Quarta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
21/09	Quinta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
22/09	Sexta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
23/09	Sábado	
24/09	Domingo	
25/09	Segunda-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
26/09	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
27/09	Quarta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
28/09	Quinta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
29/09	Sexta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
30/09	Sábado	

\* Reunião com orientadora e supervisora semanalmente, duração de 1 à 2 horas.

### Outubro/2000

Data	Atividade	
01/10	Domingo	
02/10	Segunda-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
03/10	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
04/10	Quarta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
05/10	Quinta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
06/10	Sexta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
07/10	Sábado	
08/10	Domingo	
09/10	Segunda-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
10/10	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária/Compartilhar as experiências de estágio.
11/10	Quarta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
12/10	Quinta-feira	

13/10	Sexta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
14/10	Sábado	
15/10	Domingo	
16/10	Segunda-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
17/10	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
18/10	Quarta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
19/10	Quinta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
20/10	Sexta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
21/10	Sábado	
22/10	Domingo	
23/10	Segunda-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
24/10	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
25/10	Quarta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
26/10	Quinta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
27/10	Sexta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
28/10	Sábado	
29/10	Domingo	
30/10	Segunda-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
31/10	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária

\* Reunião com orientadora e supervisora semanalmente, duração de 1 à 2 horas.

#### Novembro/2000

Data	Atividades
01/11	Quarta-feira Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
02/11	Quinta-feira
03/11	Sexta-feira Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
04/11	Sábado Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
05/11	Domingo Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
06/11	Segunda-feira Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária

07/11	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
08/11	Quarta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
09/11	Quinta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
10/11	Sexta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
11/11	Sábado	
12/11	Domingo	
13/11	Segunda-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
14/11	Terça-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
15/11	Quarta-feira	
16/11	Quinta-feira	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão literária
17/11	Sexta-feira	Término do estágio / Revisão literária/elaboração do relatório
18/11	Sábado	
19/11	Domingo	
20/11	Segunda-feira	Elaboração do relatório
21/11	Terça-feira	Elaboração do relatório
22/11	Quarta-feira	Elaboração do relatório
23/11	Quinta-feira	Elaboração do relatório
24/11	Sexta-feira	Elaboração do relatório
25/11	Sábado	
26/11	Domingo	
27/11	Segunda-feira	Elaboração do relatório
28/11	Terça-feira	Elaboração do relatório
29/11	Quarta-feira	Elaboração do relatório
30/11	Quinta-feira	Elaboração do relatório

\* Reunião semanalmente com orientadora e supervisora, duração de 1 à 2 horas.

### Dezembro/2000

Data	Atividades	
01/12	Sexta-feira	Elaboração do relatório
02/12	Sábado	
03/12	Domingo	
04/12	Segunda-feira	Elaboração do relatório
05/12	Terça-feira	Elaboração do relatório
06/12	Quarta-feira	Elaboração do relatório
07/12	Quinta-feira	Elaboração do relatório
08/12	Sexta-feira	Entrega do relatório ( 1ª versão )
09/12	Sábado	



10/12	Domingo	
11/12	Segunda-feira	Entrevista com as bancas examinadoras
12/12	Terça-feira	Apresentação dos relatórios
13/12	Quarta-feira	Apresentação dos relatórios
14/12	Quinta-feira	Apresentação dos relatórios
16/12	Sábado	
17/12	Domingo	
18/12	Segunda-feira	
19/12	Terça-feira	
20/12	Quarta-feira	
21/12	Quinta-feira	Entrega do relatório final

## 7 - CONCLUSÃO

Ao o término do desenvolvimento deste trabalho, gostaríamos de ressaltar alguns pontos que são significativos para a nossa formação profissional, para nossa vida pessoal e também para a própria Enfermagem.

Ao vivenciar o referencial teórico de nosso trabalho na prática, buscamos inicialmente conhecer as nossas próprias crenças e práticas ligadas à nossa cultura. Crenças e valores pessoais/profissionais que se referem ao ato de cuidar, e só assim pudemos buscar a compreensão das crenças e valores dos outros estabelecendo, então, um elo interativo entre nós e o ser cuidado.

Teoricamente, nesta construção, não tínhamos noção da importância do referencial teórico ao trabalhar com famílias; revendo nossos conceitos, constatamos na prática, que para que ocorra uma relação harmoniosa com cada membro e com a família como um todo, é necessário que se estabeleça um profundo processo interativo, para haver possibilidade de acesso às práticas culturais de cuidado.

Para aproximar-nos de um cuidado cultural congruente, e comprometidas com este tipo de cuidado, procuramos sempre estar interadas das práticas culturais existentes, buscando continuamente uma aproximação entre o sistema profissional e o sistema popular de cuidado.

Nos sentimos relativamente engajadas nos programas Assistenciais desenvolvidos no CSII Saco dos Limões, o que ampliou em muito nossos conhecimentos referentes a prática assistencial no Programa de Saúde da Família em Florianópolis. Procuramos desenvolver os cuidados voltados a cultura das famílias, com uma postura participativa destas, para resolução de sua situação saúde/doença dentro de seu meio ambiente. Foi por almejarmos esta aproximação, que consideramos feliz a escolha do trabalho com famílias sob à luz da teoria Transcultural de Dra. Madeleine Leininger.

O cuidado domiciliar, desenvolvido em nosso trabalho, foi de grande importância, pois nos permitiu uma maior aproximação do contexto sócio/econômico e cultural das famílias e nos deu a oportunidade de analisar e vivenciar a saúde em seu cotidiano. A aproximação com estas no domicílio, permitiu com que nosso trabalho ultrapassasse os limites físicos das paredes do Centro de Saúde, o que, de certa maneira, tem um significado importante quando se pretende uma aproximação contextualizada e cultural com as famílias.

Conseguimos perceber que para trabalhar com famílias é preciso ter a capacidade de visualizá-las de forma integral e contextualizada. Apesar das dificuldades de visualizar este todo das famílias, ainda que partindo das intercorrências clínicas, tentamos extrapolar esta visão de saúde e doença individual de forma conjunta com a mesma através das interações familiares. Esta visão nos possibilitou o alcance dos objetivos propostos, que foi muito gratificante.

Concluimos que em todas as áreas assistenciais, no âmbito da saúde, as crenças e os valores devem ser levados em consideração para que seja alcançada o cuidado culturalmente congruente.

Gostaríamos de ressaltar que este sucesso também é devido ao fato de que o trabalho em grupo das acadêmicas se fez de forma responsável, harmoniosa, compreensiva e sincera. Isto para nós não foi difícil, pois já carregávamos em nossa formação, estes princípios. Esta harmonia e relação de reciprocidade também se fizeram presentes com a equipe multidisciplinar do período matutino do Centro de Saúde, com quem executamos nossas atividades, com a nossa supervisora e orientadora, o que tornou o nosso trabalho mais prazeroso.

Pensamos ser importante que o Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, ao rever o seu currículo inclua, como disciplina obrigatória, "Enfermagem na Saúde da Família". Após a conclusão do nosso estágio acadêmico com famílias, percebemos que o desenvolvimento desse tipo de trabalho enriquece, em muito, a formação do enfermeiro. Gostaríamos também que futuros acadêmicos desta disciplina se interessassem na continuidade de nosso trabalho, pois a assistência ao grupo familiar se mostrou particularmente importante na área da atenção primária de saúde.

Ao pretendermos estabelecer laços interativos e entrar na intimidade da cultura da família, devemos, primeiramente, ter a clareza de nossos próprios conceitos, mitos e tabus, para então poder respeitar a vida, a visão e as crenças dos outros. Percebemos a importância do senso ético e dos princípios humanos em um trabalho desta natureza.

O trabalho com famílias foi muito importante porque permitiu a visualização da família como um todo e, com toda a certeza, em nossos futuros trabalhos profissionais, esta visão de integralidade se fará presente, tornando as nossas atividades de enfermagem mais humanizadas, dentro de uma visão sócio/ econômica e cultural mais ampla da assistência à saúde.

## 8 - REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ALMEIDA, Sibely Mello. **Cuidado Domiciliar: Uma maneira de assistir em enfermagem**. Florianópolis: UFSC, 2000 Curso de Graduação em Enfermagem

ALONSO, Ilca L. Keller. **As políticas de saúde no Brasil e desenvolvimento da Enfermagem**. In: REIBNITZ, Kenya Schmidt, HERR, Lidvina, SOUZA, M<sup>a</sup> de Lourdes. **As políticas de educação e de saúde e a Enfermagem**. Florianópolis: UFSC, CCS, NFR,SPB, 1999. P.35-66.

\_\_\_\_\_. **O processo educativo em saúde na dimensão grupal**. Texto em Contexto. Florianópolis.nº.1. vol.8.p. 122-132. janeiro/abril, 1999.

ALTHOFF, Coleta Rinaldi; ELSÉN, Ingrid; LAURINDO, Alessandra. **Família: O foco de cuidado na enfermagem**. **Texto & Contexto - Enfermagem**. Florianópolis. V.7, n.2, maio/agosto, 1998, p. 320-327.

ALTHOFF, Coleta Renaldi et al. **Família: o foco de cuidado na enfermagem**. Texto e Contexto. Florianópolis, nº.2.vol.7. p.320-327.maio/agosto, 1998.

AMORIM, Maria José Arleó Barbosa. **Enfermagem-profissão humanitária**. Rev. Brasileira de enfermagem. nº.4. p.359-366.outubro/novembro/dezembro, 1979.

ALVES, Paulo César. **Antropologia da Saúde : Traçando a identidade e explorando fronteiras**. Rio de Janeiro : Editora Fio Cruz. Ed.Relume Deumará, 1998. P.139-153.

BARRETO, Adalberto. **Prevenindo a violência na família e na comunidade**. Texto e Contexto.vol.8.nº2.p.133-147.maio/agosto.1999.

BIANCARELLI, Aureliano. **Médicos defendem programas de interiorização de saúde pública**. **Folha de São Paulo**, 2 de setembro de 2000, P.04.

BOEHS, Astrid Eggert. **Prática do Cuidado ao recém-nascido e sua família, baseado na teoria transcultural de Leininger e na Teoria de Desenvolvimento da Família**. Florianópolis: UFSC, 1999. Dissertação (Mestrado em Enfermagem), Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

BRUNNER e SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica**. 8<sup>o</sup> ed. Rio de Janeiro : editora Guanabara Koogan.p.641-650, 763-768, 1250-1251. 1998.

BORENSTEIN, Miriam Süsskind. **Manual de hipertensão**. 1º ed. Porto Alegre : Editora Sagra Luzzato, 1999.

BUENO, Eduardo. **Náufragos, Traficantes e Degradados**. Florianópolis: Ed Lunardelli, 1990. p.130.

CAMARA, Luiz IN: Sarti, Cynthia Andersom. **A Família como Espelho um estudo sobre a moral dos pobres**. São Paulo: Autores Associados, 1996 p.37-63 e 89-110.

CRISTOVÃO, Alessandra Pereira, OLIVEIRA, Andreza de Silva, MACCARINI, Denise, WEINGARTNER, Emanuele Blum. **Construindo a ponte hospital-domicílio-comunidade: o compartilhar com a família a busca de caminhos para sair da situação de desnutrição infantil**. Florianópolis: UFSC, 1999 Curso de Graduação em Enfermagem.

CORREIA, José Manoel L; FIGUEIREDO, Maria Isabel Carvalho; MONTEIRO, Maria Teresa Pereira. **Adulto diabético : o que ensinar**. Nursing – Revista Técnica de Enfermagem. Açores. No.97. p.18-20. Fevereiro. 1996.

DUNCAN, SCHMIDT e GIUGLIANI. **Medicina Ambulatorial – Condutas clínicas em atenção primária** Artes Médicas : Porto Alegre, 1992. p.232-240.

DUNCA, Bruce B, et al. **Medicina Ambulatorial : condutas clínicas em atenção primária**. 2º ed. Porto Alegre : Artes Médicas Sul.p.433-442, 526, 723-727.1996.

(E-mail : [br-sic@lilly.com](mailto:br-sic@lilly.com))

Ex-bairro de veraneio muda perfil, mas mantém vocação residencial. **Especial**, 23 de março de 1999.p.7

ELSEN, Ingrid; PENNA, Claudia Maria de Mattos, et al. **Marcos para a prática de Enfermagem com Famílias**. Florianópolis: Editora da UFSC, 1994, p. 61-77.

ESMERALDINO, Alessandra de Quadra. **Propondo um trabalho educativo em conjunto com as famílias de crianças desnutridas em uma comunidade de Florianópolis**. Florianópolis: UFSC, 1998. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Enfermagem.

FEIJÓ, Luziane Renata. **Enfermagem Pediátrica: uma prática direcionada à criança/família, respeitando sua cultura**. Florianópolis: UFSC, 1998. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Enfermagem.

GARCIA, Walter E. **Educação: visão teórica e prática pedagógica**. São Paulo: Mc Graw Hill do Brasil, 1997, p. 88-92.

GAYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana**. Guanabara Koogan. 6º ed. Rio de Janeiro, 1998 p. 517-519.

GEORGE, Julia B. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Tradução por: Regina Machado George. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993, p. 286-299.

HELMAN, Cecil G. **Cultura, Saúde e Doença**. 2ed. Artes Médicas. Porto Alegre. P.70-86. 1994.

KALOUSTIAN, Sílvio Manoug. **Família Brasileira a base de tudo**. São Paulo: Cortez, Brasília, DF: Unicef, 1994, p.77-91 e 102-108.

KALLER, Evely Marlene Pereira. **Cuidado de famílias sob o impacto do vírus HIV em seu espaço sócio – cultural**. Florianópolis : UFSC, 1992. Dissertação de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem. P.10-125.

KUNTZE, Tânia Denise. **A assistência de enfermagem planejada à mulher gestante, fundamentada nos estudos de Liliana Felcher Daniel**. Florianópolis, 1991. Dissertação ( Mestrado em Enfermagem). Universidade Federal de Santa Catarina.

LACERDA, Maria Ribeiro. **Tornando-se profissional no Cuidado Domiciliar -Vivência da Enfermeira**. Florianópolis: UFSC, 2000. Tese (Doutorado em Enfermagem) Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem.

LALANDA, Piedade. **A interação enfermeiro doente uma abordagem bioantropológica** Nursing, revista técnica de enfermagem.nº. 88. p.28-32. maio, 1995

LEOPARDI, Maria Tereza. **Teorias em Enfermagem: instrumento para a prática**. Florianópolis: Papa Livro, 1999, p. 94-102.

LUCE, Margareta; PADILHA, Maria Itayra; ALMEIDA, Regina Lúcia Valiatti de; SILVA, Mariângela Oliveira da. **O preparo para o auto cuidado do cliente diabético e família**. Revista Brasileira de Enfermagem : Brasília, no. 1, 2, ¾, p. 36-43. Janeiro / dezembro. 1990.

MAESTRI, Elaine, LIZ, Suian de. **Acompanhando a mulher-mãe em seu processo de maternidade: vivenciando o cuidado cultural**. Florianópolis: UFSC, 1998. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Enfermagem.

Manejo e Promoção do Aleitamento Materno. Campanha Estadual de Incentivo ao Aleitamento Materno em Santa Catarina. Promoção Fundação Viva a Vida. Realização HU-UFSC. Brasília, 1993 p. 24-26, 49-51,67-70.

MARCON, Sônia Silva. **Criar os filhos: experiências de famílias de três gerações.** Pelotas: Gráfica Universitária / UFPel, 1999.

MARCOM, Sonia Silva, CARREIRA, Lígia, WAIDMAN, Maria Angélica P., ANDRADE, Oseias Guimarães. **O cotidiano do idoso e suas relações familiares revelando indícios de Qualidade de vida.** Texto e Contexto. vol.8. n.º.3. p.213-232. Setembro/dezembro.1999.

MEMBERS. Tripod. com. br/Nelson/ Saúde da Família

Ministério da Saúde. Programa de Agentes Comunitários de Saúde – PACS: Comunidade solidária, Brasília: agosto de 1997.

Ministério da Saúde. Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasil em ação, Brasília: 1997.

MIOTO, Regina Célia Tamasso. Famílias Hoje: o começo da conversa... - **Texto & Contexto – Enfermagem**, Florianópolis, v.8, n.2, mai./ago. p.211-219, 1999.

NASCIMENTO, Maria da Graça, **Estudo Dirigido sobre Câncer Cérvico-Uterino e de Mama.** Disciplina INT 5131 – Curso de Graduação em Enfermagem, UFSC, Florianópolis, 1993.

OSÓRIO, Luis Carlos. **Família Hoje.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1996, p. 14-22 e 53-57.

PEREIRA, Marcelo da Silva. **Compartilhando com o pai o processo de nascimento em família, dentro de uma abordagem transcultural de cuidado.** Florianópolis: UFSC, 1998. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Enfermagem.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Normas Operacionais, junho 2000.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Programa Capital Criança. Normas Operacionais, 1998.

Prefeitura Municipal de Florianópolis. Secretaria da Saúde e Desenvolvimento Social. Programa Municipal de Imunizações, 1998.

REZENDE, Jorge D., MONTENEGRO, Carlos Antônio Barbosa. **Obstetrícia Fundamental.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1992/1995 p. 650.

ROMERO, Mauro, PASSOS, Leal. **Doenças Sexualmente Transmissíveis.** Rio de Janeiro: Biologia e Saúde, 1978. p.53.

SANTOS, Andréia de Fátima, STUEPP, Mirtes Andreia, SAUCEDO, Tatiana. **Vivendo o processo do nascimento: cuidando do recém-nascido, puérpera e sua família inseridos**



**num contexto cultural.** Florianópolis, UFSC, 1997. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) Universidade Federal de Santa Catarina, Curso de Graduação em Enfermagem.

SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino. IN: OLIVEIRA, Maria Emília et al. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos Fundamentais.** Série Cadernos Didáticos. Florianópolis, 1999 p. 103-131.

SANTOS, Evanguelia Kotzias Atherino dos; OLIVEIRA, Maria Emília de; MONTICELLI, Marisa; SANTOS, Odaléia Maria Brüggeman dos; GREGÓRIO, Vitória Regina Petters. **Enfermagem Obstétrica e Neonatológica.** Florianópolis : Cadernos Didáticos p.89-103.1999.

SANDRI, Sandra Regina & Colaboradores. **Proposta de organização da atenção básica na rede municipal de Florianópolis através do estratégia do programa de Saúde da Família.** Florianópolis, julho de 1999.

SANTIN, Silvino. **Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem, desenvolvido segundo o costume dos filósofos.** Texto e Contexto. Florianópolis. nº2.vol 7. p.111-132.maio/agosto,1998.

SARTI, Cynthia Andersen. **A Família como Espelho.** Autores Associados.São Paulo, 1996.p.97-102.

ULMANN, Reinoldo Aloysio. **Antropologia: O homem e a cultura.** Petrópolis, Rio de Janeiro: Ed. Vozes , 3º ed, 1991, p. 161-169.

VÁRZEA, Virgílio. **Santa Catarina – A Ilha.** Editora Lunardelli, 1985. Florianópolis.p. 84-85.

WILCH, Alice Z. et al. IN: ALLIGOOD, Martha Raul E., TOMEY, Ann Marriner. **Modelos y teorías en enfermería.** 4ed. Espanã: Harcourt Brace, 1999.

WALDOW, Vera Regina. **O ser que cuida e o ser que é cuidado.** Rev. Gaúcha de enfermagem, Porto Alegre. nº 2 .vol.13. p.31. julho, 1992.

WALDOW, Vera Regina. **Cuidado Humano, o resgate necessário.** 2ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. P.110-111 e 130-131, 1999.

ZAMPIERI, Maria de Fátima. **Pré-Natal.** Texto elaborado para a Disciplina de Enfermagem em Atenção Primária da Saúde INT 5131, Curso de Graduação em Enfermagem,UFSC,Florianópolis,1999

## **9 - ANEXOS**

## ANEXO 1

## **PRESSÃO ARTERIAL**

Pressão arterial é a pressão que o sangue exerce no interior das artérias, de acordo com o bombeamento do coração. Esta pressão é avaliada por dois valores, a máxima e a mínima, verificados através do aparelho chamado de esfigmomanômetro. A pressão arterial máxima ou sistólica ocorre quando o coração se contrai. Já a pressão mínima ou diastólica ocorre quando o coração relaxa. Sendo assim, a pressão arterial sistólica é maior do que a pressão arterial diastólica, por isso são chamadas respectivamente de máxima e mínima.

O valor da pressão arterial não é fixa. Este varia ao longo das vinte e quatro horas do dia. No entanto, para indivíduos adultos o normal seria 120mmHg de pressão arterial máxima e 80mmHg de pressão arterial mínima.

Já mencionamos que a pressão arterial sofre variações, estas ocorrem devido a influências intrínsecas (do próprio indivíduo) como exemplo: sono, estado de vigília, digestão, respiração, dor, estresse, fala, variações posturais; e influências extrínsecas (externa ou do meio ambiente) como exemplo: temperatura ambiente, tabagismo, álcool, vibrações, ruidos (Borenstein, 1997).

### **Hipertensão Arterial Sistêmica.**

Segundo Borenstein (1997), a hipertensão arterial sistêmica ou pressão alta é quando a pressão arterial persiste acima da média normal, onde a pressão sistólica encontra-se igual ou superior a 160mmHg e a diastólica a 90mmHg.

A hipertensão arterial se classifica em dois tipos:

- Hipertensão primária ou essencial ou idiopática: é responsável por 90 a 95% dos casos de hipertensão, sendo comum acometer pessoas obesas, sedentárias, tabagistas, usuários de álcool e anticoncepcionais, que tenham histórias de hipertensão na família, que usem em excesso o sal. Este tipo de hipertensão não tem causa conhecida.

- Hipertensão secundária: é responsável por 5 a 10% dos casos de hipertensão. Esta é passível de correção nos casos em que a pessoa tenha menos de 30 anos ou naquelas que se tornaram hipertensas após 55 anos. Este tipo de hipertensão é decorrente de uma doença subjacente, geralmente doenças do coração, dos rins, das glândulas endócrinas, das veias e artérias.

O tratamento da hipertensão arterial é de extrema importância, pois se esta não for tratada poderá causar algumas complicações como: infarto do miocárdio; insuficiência cardíaca; acidente vascular cerebral (AVC ou derrame cerebral); insuficiência renal; hemorragias e edema na retina, podendo evoluir para perda da visão.

### **Sintomas**

Muitas vezes, as pessoas portadoras de hipertensão são assintomáticas, por isso a hipertensão é chamada de “assassina silenciosa”(Brunner & Suddarth, 1998, p.641). Por isso muitos pacientes não se interessam pelo tratamento. No entanto, a pessoa hipertensa pode apresentar alguns sintomas, só que estes não são específicos apenas da pressão alta, podendo aparecer também em muitas outras doenças, são eles: cefaléia (dor de cabeça),

taquicardia (palpitação), fogachos (calor pelo corpo), epistaxes(sangramento nasal), alteração na visão, lipotímia (tontura), náuseas (enjôo), mal estar geral (sensação de abafamento), dispnéia(falta de ar), fadiga fácil (cansaço), nictúria (aumento da frequência urinária noturna), irritabilidade, nervosismo, insônia, dor nas pernas ao caminhar, edema nas pernas.

### **Fatores de Risco**

Vários fatores podem causar a hipertensão, sendo que alguns trabalham juntos para que um indivíduo se torne hipertenso. Estes fatores de risco podem ser evitados ou corrigidos pelos hipertensos.

Os fatores podem ser divididos em ambientais e constitucionais ou genéticos

- Ambientais: dieta com alto teor sódico- dieta hipersódica, dieta com excesso de lipídeos (gordura)- dieta hiperlipídica, sedentarismo, tabagismo, uso de álcool, uso de anticoncepcionais, estresse.

- Constitucionais: hereditariedade, raça, obesidade.

### **Tratamento de Manutenção da Pressão Arterial Sistêmica**

Os portadores de hipertensão arterial orientados corretamente e que levam o tratamento a sério, conseguem manter a pressão em níveis relativamente bons, conseqüentemente, levam uma vida mais saudável e mais longa.

O tratamento baseia-se em: hidratação adequada, exercícios físicos regulares, não fumar, evitar bebidas alcóolicas, dieta equilibrada, diminuir o consumo de sal, redução do peso, medicação correta, evitar alimentos ricos em gorduras, evitar tensão.

### **Dieta para Hipertensão Arterial Sistêmica**

É importante que se mantenha uma dieta específica quando se é hipertenso pois, a alimentação de pessoas que apresentam pressão alta deve sofrer algumas alterações, principalmente no que se refere à quantidade diária de sal e o consumo de gorduras e proteínas.

a) O Sal, em excesso tem papel importante na elevação da pressão arterial. Recomenda-se, portanto, dietas com pouco ou nenhum sal.

b) As gorduras, devem ser diminuídas ou retiradas da alimentação, se houver colesterol elevado no sangue, ou com a finalidade de emagrecimento.

c) As proteínas, devem ser consumidas normalmente, podendo-se até aumentar a sua quantidade para equilibrar a dieta, em função da retirada de outros alimentos.

Os alimentos que contêm pouco sal e podem ser incluídos na dieta do hipertenso são:

a) Frutas (comer sempre)

Abacaxi, ameixa fresca, figo, goiaba, jaboaticaba, laranja, limão, mamão, melância, manga, maracujá, melão, pêssigo, morango, nectarina, cajú, caqui, banana, carambola, maçã, tanjerina.

OBS.: Compotas, geléias e doces concentrados das frutas acima relacionadas também contém pouco sal, e poderão ser consumidas, a menos que o paciente tenha o Diabetes associado.

b) Hortaliças (comer sempre)

Alface, almeirão, agrião, aspargos, brócolis, chuchú, couve-flor, abóbora, batata doce, batata inglesa, beterraba, cenoura, cebola, cebolinha, salsa, ervilha, vagem, escarola, tomate, mandioca, nabo, palmito, pepino, pimentão, rabanete, repolho, cará.

OBS.: Todos esses alimentos devem estar em seu estado natural (não em conserva).

c) Cereais, massas, farinhas, e açucares (com moderação)

Arroz, aveia, araruta, maizena, macarrão, pão sem sal, farinha de trigo, farinha de centeio, farinha de mandioca, farinha de milho, farinha de arroz, mel, melado e karo.

d) Óleos e oleoginosos (com moderação)

Amêndoa, amendoim, castanha, óleo de milho, óleo de soja, óleo de girassol, côco, nozes, etc...

e) Leite e derivados

Leite de vaca (desnatado), leite de cabra (desnatado), leite em pó, coalhada (ricota), iogurte natural batido com frutas, queijo magro (branco).

f) Líquidos e bebidas (com moderação)

Água (até 2 litros ao dia, exceto se houver edema), sucos naturais, chás, vinho (esporadicamente).

g) Carnes e pescados (com moderação)

Língua, frango, carne de gado, dobradinha, fígado, marisco, camarão, corvina, dourado, tainha (magra), ostra.

h) Outros alimentos

Milho verde (natural), pipoca sem sal, sagú, canjica, gema de ovo, manteiga sem sal, margarina sem sal, cacau, baunilha.

Temperos: Cominho, canela, alho, pimenta, vinagre, louro, coentro.

**Os alimentos que contém muito sal e devem ser afastados da dieta do hipertensos são:**

Bolacha água e sal, pão francês, pão centeio, pão de milho, alimentos em conserva (todos), carnes enlatadas ou secas, peixes enlatados ou secos, maionese industrializadas, manteiga ou margarina com sal, patê, chucrutes, ket-chup, picles, azeitonas em conserva, mostarda, caldo de carne ou galinha em cubos, toucinho defumado, bacon, salaminho, salame, mortadela, queijos, bacalhau, lingüiça, presunto, carnes defumadas (dieta elaborada por FISS, Laércio, Enfermeiro e coordenador do Programa de Prevenção e Controle da Hipertensão Arterial Sistêmica e do Diabetes Mellitus. Laguna, S.C. 2000).

## **DIABETES MELLITUS.**

O diabetes mellitus resulta da ação deficiente de insulina e manifesta – se por anormalidades do metabolismo dos carboidratos, proteínas e gorduras, bem como por complicações macrovasculares, microvasculares e neuropáticas ( Duncan, 1992, p.232 ).

É uma doença endócrino metabólica que atinge de 2 a 6% da população adulta, de alta mortalidade e morbidade, cuja prevenção e controle são de competência no nível primário de atendimento à saúde, podendo ser efetuado pela identificação dos indivíduos de risco para a prevenção, tratamento de indivíduos sintomáticos e detecção precoce de complicações agudas ou crônicas.

A idade, o sexo feminino, a história familiar, a obesidade, a desnutrição, a baixa atividade física, o baixo nível sócio econômico e a vida urbana são alguns dos possíveis fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes. Entre os prováveis fatores de risco para o desenvolvimento das complicações estão a hipoglicemia, a hipertensão arterial, a obesidade e os demais fatores de risco para as doenças cardiovasculares.

A partir de alguns sintomas clássicos como perder o peso, polidipsia, poliúria e polifagia, o diabetes é suscitado.

A maneira mais comum de fazer o diagnóstico de diabetes em pacientes sintomáticos é a partir de uma glicemia de jejum, pela manhã, após jejum de 6 a 8 horas. Para alguém que não sofre de diabetes, o nível glicêmico no sangue em jejum é de 70 a 115 mg/dl. Quando o resultado for superior a 200mg/dl é possível diagnosticar diabetes.

Outra maneira para diagnosticar o diabetes é a partir de um teste de sobrecarga com 75g de glicose feito pela manhã – após jejum de 6 a 8 horas ( Duncan, 1992,p.233).

### **Classificação**

- a) Diabetes Tipo I – insulino dependente : usualmente apresentam início abrupto da doença. São magros ou de peso normal, tem idade inferior a 30 anos e tem muita propensão à cetoacidose, necessitando de insulina para prevenção.
- b) Diabetes Tipo II – não insulino dependente : em geral a doença é diagnosticada após os 40 anos de idade e 80% deles são obesos. Estes pacientes podem precisar de insulina para obter controle glicêmico, mas não dependem dela para a prevenção da cetoacidose ou caquexia.
- c) Diabetes Secundário : quando evolui de outras situações clínicas que afetam o quadro hipoglicêmico, como : doença pancreática, doença hormonal, uso de medicamentos ou doenças genéticas específicas.
- d) Diabetes Gestacional : é uma anormalidade transitória da gravidez. Pode trazer prejuízos à mãe e ao concepto, facilmente preveníveis através do controle glicêmico metuculoso.

## **Complicações agudas**

a) Hipoglicemia : quer dizer que o nível glicêmico no sangue está abaixo do normal ( abaixo de 60 mg/dl ). A glicose ( açúcar ) é a principal fonte de energia para o corpo humano. Para o cérebro e tecido nervoso a glicose é a única fonte de energia, portanto sua quantidade no sangue deve ser mantida para assegurar suprimento de energia. O nível de glicose no sangue é normalmente regulado pela insulina, um hormônio produzido pelas células beta do pâncreas. Este é liberado em resposta aos estímulos resultantes da ingestão de alimentos.

Pacientes com sudorese, tremor, taquicardia, palpitações, fome, cefaléia, dormência ou formigamento na língua, visão borrada ou visão dupla, suores noturnos, ganho de peso, tontura, confusão mental, marcha desequilibrada, alterações do humor, desmaio, coma, apresentam hipoglicemia. Esta pode ser causada por alimentar-se pouco ou fazer as refeições fora dos horários programados; tomar mais medicamentos para diabetes que o receitado e exercitar-se mais que o planejado.

Para confirmar se estes sintomas são causados por hipoglicemia é necessário fazer o teste de glicemia capilar com tiras reagentes apropriadas para efetuar o diagnóstico..

O objetivo imediato ao tratamento da hipoglicemia é elevar o nível de glicose no sangue, através da ingestão de alguma forma de açúcar : açúcar comum, bala, bom bom, suco de frutas... Em caso de hipoglicemia severa, deve-se administrar glicose ou glucagon. Pacientes diabéticos deveriam sempre carregar balas ou bom bons, juntamente com um cartão identificando-o como portador da doença.

b) Hiperglicemia : quer dizer glicemia acima do normal ( acima de 180 mg/dl ). Pode ser causada por estresse agudo; esquema de tratamento inadequado; alimentar-se demasiadamente; estar doente ou com infecção. A pessoa pode sentir poliúria, polidipsia, prurido vulvar, perda de peso, fraqueza, desidratação, cetose, cetoacidose ou coma.

Para o controle da hiperglicemia, deve-se verificar o nível glicêmico na urina ou sangue e cetonas na urina; seguir o plano de dieta alimentar e de medicamentos e beber muita água.

## **Complicações crônicas**

O diabetes mellitus pode causar doenças coronarianas, doença vascular periférica, doença vascular cerebral, doença ocular, doença renal, neuropatia periférica, neuropatia visceral, problemas dos membros inferiores, infecções de repetição, e para o controle destas complicações deve-se prevenir a hipertensão arterial, obesidade, hiperglicemia, sedentarismo, tabagismo e dieta rica em gorduras.

## **Segmento clínico**

São três os objetivos do segmento clínico do diabetes : controlar sintomas agudos da doença, prevenir as complicações tardias e promover a qualidade de vida dos pacientes. As estratégias que permitem alcançar tais objetivos são o controle do quadro metabólico, controle de fatores de risco para complicações crônicas, além do tratamento precoce de algumas complicações da doença ( Duncan, 1992, p.235).



## **Controle do quadro metabólico**

A grande maioria dos diabéticos recém diagnosticados é obeso. Nestes pacientes o controle do peso é a medida que pode trazer mais benefícios, pois melhora o quadro metabólico e reduz a incidência de várias complicações, oferecendo melhor qualidade de vida e maior longevidade.

### **Dieta**

Os alimentos nos dão a energia de que necessitamos para viver. Nosso organismo converte a maior parte dos alimentos que comemos em glicose.

A insulina evita que o açúcar se acumule no sangue, porém, nos diabéticos, a insulina não age com muita eficácia ou talvez não esteja sendo produzida.

Mesmo com esta deficiência de insulina, uma dieta saudável pode ajudar o organismo a manter o nível glicêmico no sangue em equilíbrio.

Uma dieta adequada para o diabetes, além de atender os padrões mínimos recomendados para a população adulta em geral, deve atender alguns quesitos específicos. As calorias prescritas devem atender às necessidades de atingir e manter o peso alvo. A quantidade de carboidratos deve ser individualizada de acordo com as preferências de cada paciente e com o impacto dos carboidratos nos níveis de glicemia, triglicerídeos e colesterol. A substituição dos carboidratos por alimentos ricos em fibras deve ser encorajada pelo seu valor nutritivo, mesmo que eles não tragam benefícios ao controle glicêmico (Duncan, 1992, p.235). A ingestão de sacarose e de glicose deve ser limitada. Recomenda-se em torno de 12 a 205 do valor calórico total ou 0.8g/Kg do peso ideal de proteínas. A gordura total não deve exceder a 30% do valor calórico da dieta, sendo no máximo 10% sob forma de gordura saturada. O colesterol da dieta não deve exceder a 300mg/dia. O uso moderado de adoçantes alternativos no tratamento é bem aceito. O álcool pode piorar a glicemia e os lipídios plasmáticos, bem como provocar hipoglicemias graves quando tomado em jejum ou em doses altas.

Faz parte de uma dieta saudável, planejar a alimentação, escolher alimentos adequados, controlar o peso e manter um equilíbrio entre o que se come com as calorias que se gasta com a atividade física.

Se o paciente toma hipoglicemiantes orais ou faz uso de insulina, é importante espaçar a alimentação durante o dia. Isso se torna importante para que os medicamentos tenham maior eficácia, dentro do equilíbrio entre o que se come e a energia que se gasta com as atividades físicas.

As pessoas mais ativas, necessitam de lanches rápidos entre as principais refeições. A meta principal é que o diabético alimente-se nas quantidades corretas, nas horas certas para controlar o nível glicêmico.

### **Exercício físico**

Uma maneira de ajudar a controlar o diabetes é fazendo exercícios. O nível elevado de glicose no sangue e o peso acima do esperado podem piorar o diabetes e ocasionar enfermidades no coração e nas artérias. O exercício físico, além de reduzir a glicemia, ajuda a reduzir o peso corporal, diminuindo os riscos de doenças cardiovasculares e aumentando a capacidade do trabalho.

Os exercícios devem ser iniciados de forma gradual, com pequenas caminhadas em terreno plano, aumentando lentamente até um mínimo ideal de 15 a 30 minutos em três dias da semana ( Duncan, 1992, p.236).

Precauções extras para evitar hipoglicemia grave devem ser tomadas, em especial com pacientes que recebem insulina : fazer os exercícios somente em período pós prandial, se a glicemia for inferior a 100mg/dl, não fazer o exercício ou comer algum carboidrato de absorção rápida; reduzir a dose de insulina ou injetá-la no abdômem; carregar consigo um carboidrato de absorção rápida como bala ou chocolate para ser usado em eventual hipoglicemia. Para evitar a descompensação do diabetes, recomenda-se testar a cetonúria quando a glicemia for superior a 250mg/dl ( se positiva suspende-se o exercício e avalia-se a causa do descontrole ) ( Duncan, 1992, p.236).

### **Hipoglicemiantes orais**

A tendência dos hipoglicemiantes orais é para os pacientes com excesso de peso e cujo início da doença tenha ocorrido depois dos 40 anos de idade.

Estes tem a preferência pelos pacientes pois com o uso da insulina o peso freqüentemente aumenta e os achados de que estes diminuem a resistência periférica à insulina e aumentam sua secreção a curto e médio prazo, fazem dos hipoglicemiantes orais mais aceitos.

### **Insulina**

Todas as pessoas necessitam de insulina para manter a glicose no sangue em um nível normal.

As pessoas com diabetes tipo I não podem produzi-la necessitando de injeções de insulina todos os dias, sempre.

As pessoas com diabetes tipo II podem produzir sua própria insulina, mas em quantidade insuficiente ou não a utilizam adequadamente, necessitando de dieta alimentar, exercícios físicos e muitas vezes hipoglicemiantes orais. Ao prescrever a insulina no diabetes tipo II, deve-se enfatizar o valor da dieta, pois a insulina tende a aumentar o apetite e , conseqüentemente, o peso corporal.

As insulinas usadas com mais freqüência são a insulina NPH ( de duração intermediária ) e a insulina simples ou regular ( de duração curta ).

As agulhas e seringas descartáveis podem ser reutilizadas pelo mesmo paciente por várias vezes, desde que não sejam contaminadas na preparação da injeção. O número de reutilizações pode ser aumentado quando elas são mantidas no refrigerador entre as aplicações. Com freqüência, no entanto, os pacientes utilizam estes materiais por seis a sete vezes ( Duncan, 1992, p.237).

Os efeitos adversos mais comuns da insulina são a hipoglicemia e a lipodistrofia.

Locais e técnicas de aplicação de insulina .

### **Complicações mais comuns**

a) Hipertensão Arterial Sistêmica ( HAS )

Zollinger-Ellison, insuficiência renal crônica, doença pulmonar obstrutiva crônica, cirrose alcoólica, infecções bacterianas com agentes como Helicobacter pylori.

Manifestações clínicas podem durar alguns dias, semanas ou meses, sendo que estes podem desaparecer e reaparecer sem causa definida. Os sintomas podem ser os seguintes: dor abdominal do tipo queimação no epigástrico ou nas costas, sendo aliviada pela ingestão de alimentos que neutralizam o ácido, ou pela ingestão de antiácido que age da mesma forma; anorexia e emagrecimento; pirose (azia), ocorre quando o estômago está vazio, causando uma sensação de queimação no esôfago e no estômago; vômitos; constipação (devido a medicação e / ou dieta); sangramento gastrointestinal.

A confirmação diagnóstica se dá pelo estudo radiológico e / ou endoscópico do estômago, esôfago e duodeno.

O tratamento tem como meta, controlar a acidez gástrica, para isso são usados alguns métodos como mudança no estilo de vida, medicamentos e intervenções cirúrgicas. Com o tratamento os sintomas podem desaparecer precocemente, antes da cicatrização da lesão, por este motivo o tratamento da úlcera duodenal deve ser mantido por 4-6 semanas e o da úlcera gástrica por 6-12 semanas.

O tratamento envolve uma série de intervenções específicas, entre essas:

- Redução do estresse e fazer repouso;
- Parar de fumar, pois o fumo aumenta a acidez no duodeno;
- Evitar medicações que causem lesões na mucosa gástrica, como aspirina e antiinflamatórios não-esteróides e esteróides;
- Diminuir o uso de bebidas contendo cafeína ou similares, como café, chimarrão e chá da índia;
- Modificação alimentar, a dieta para pacientes com úlcera péptica tem como meta evitar muita secreção ácida e hipermotilidade no trato gastrointestinal, sendo que estes podem ser minimizados evitando-se temperaturas extremas e muita estimulação gástrica, por exemplo extrato de carne, álcool, café. Deve-se fazer no mínimo, 3 refeições ao dia (Duncan, 1996 e Brunner, 1998).

## **OSTEOARTRITE**

Também é conhecido como doença articular degenerativa ou osteoartrose. Atinge pessoas acima de 65 anos, estando diretamente relacionada com a idade avançada.

A osteoartrite pode ser classificada como primária (idiopática) ou secundária, sendo que esta última pode ser influenciada negativamente pela obesidade, alterações adquiridas ou herdadas, má postura, entre outros.

Esta doença afeta a cartilagem articular, osso subcondral (placa óssea ãue dá suporte à cartilagem articular), sínovia, coluna vertebral, juntas interfalangeais, joelhos e quadris.

- não andar descalço;
- aparar as unhas dos pés com lixa ao invés de cortá-las ( sempre usar a lixa cuidadosamente em linha reta, de um lado para o outro);
- antes de calçar meias e sapatos, verificar se não há nada dentro deles para que possa pressionar e machucar ;
- se houver calos ou verrugas, jamais removê-los sem orientação médica. Os produtos indicados para este fim podem lesar a pele e causar infecções.

#### e) Cavidade oral

O mau controle da diabetes pode acarretar problemas dentários e problemas gerais de cavidade oral, e seu manejo não pode ser retardado.

#### f) Infecções intercorrentes

Infecção urinária, infecções por fungo, infecções orodentais e otite externa invasiva, são mais comuns em diabéticos.

As infecções podem prejudicar o controle glicêmico.

#### g) Cetose e Cetoacidose

Indivíduos com diabetes tipo I são mais susceptíveis à cetose. Um simples resfriado e diarreia podem precipitar a cetose e se não tratada pode levar à cetoacidose e ao coma. Deve ser revisado o controle metabólico, incluindo a cetonúria, deve-se encaminhar o paciente à um serviço de emergência (Duncan, 1992).

## ÚLCERA PÉPTICA

A úlcera péptica é a formação de uma cavidade na mucosa do estômago, do piloro, do duodeno ou do esôfago, podendo se expandir para a camada muscular da mucosa. Esta também é conhecida como úlcera gástrica, duodenal ou esofagiana, conforme a sua localização. Sendo mais comum a úlcera péptica ocorrer no duodeno que no estômago. Podem ocorrer de forma única ou múltiplas.

As pessoas com idade entre 40-60 anos são os mais acometidas, sendo incomum ocorrer nas mulheres em idade reprodutiva, apesar de acometer também as crianças e até mesmo lactentes.

A erosão gastrintestinal ocorre por um aumento na concentração ou atividade do ácido gástrico e da pepsina, ou devido à diminuição da resistência da mucosa. Esta mucosa estando danificada, se torna incapaz de secretar muco em quantidade suficiente para criar uma barreira contra o ácido hidróclorídrico ou gástrico. Mas existem vários fatores que alteram o equilíbrio entre a agressão ácido clorídrico / pepsina e a defesa da mucosa, estes fatores podem provocar o início e / ou a manutenção da lesão. Entre os fatores de risco estão: sexo masculino, fatores hereditários (mais comum em pessoas com tipo sanguíneo O do que com o tipo sanguíneo A, B ou AB), estresse, uso de fumo e álcool em excesso, uso crônico de drogas antiinflamatórias não-esteróides e ácido acetilsalicílico, síndrome de

Em pacientes com diabetes, primeiro deve ser enfatizado o combate da obesidade e do sedentarismo. Não havendo resposta a tais medidas, inicia-se o tratamento farmacológico.

A primeira escolha no tratamento da hipertensão são os tiazídicos. Na ausência da resposta terapêutica ou frente a um efeito adverso importante, pode-se substituí-lo pelo propanolol.

#### b) Dislipidemia

Muitos pacientes diabéticos apresentam triglicérides elevados no plasma, que respondem sensivelmente à melhora do controle glicêmico ou à redução da gordura da dieta.

#### c) Retinopatia diabética

O diabetes não controlado (hiperglicemia) por um longo período pode acarretar complicações nos olhos, como retinopatia, catarata, glaucoma e úlceras de córnea.

A retinopatia diabética é causada pela má circulação de sangue na retina, provocando a perda da visão.

O mau controle glicêmico e pressão arterial alta, com o passar do tempo, danificam os pequenos vasos dos olhos, provocando o seu rompimento e sangramento.

Segundo American Diabetes Association, 50% das pessoas que tem diabetes há mais de 10 anos apresentam alguma complicação nos olhos (E-mail : [br-sic@lilly.com](mailto:br-sic@lilly.com)).

#### d) Pé diabético

Quando se tem diabetes, é muito importante cuidar dos pés. Um alto nível de açúcar no sangue pode afetar os nervos dos pés e causar problemas de circulação.

Os problemas nos pés são mais frequentes em pessoas com diabetes com mais de 40 anos ou que tem diabetes há mais de 10 anos (E-mail : [br-sic@lilly.com](mailto:br-sic@lilly.com)).

Quando os nervos dos pés e das pernas são afetados, o paciente portador de diabetes pode começar a sentir sensação de formigamento e “agulhadas”. Pode também perder a sensibilidade dos pés e não sentir dor, alteração da temperatura ou pressão. Se tiver uma lesão qualquer, fica sujeito mais facilmente a infecções. A infecção pode causar até mesmo a necessidade de amputação.

Pés diabéticos com feridas que não se curam, podem ficar inchados, de coloração azulada ou planta dos pés ressecada e rachada.

Orientações para o cuidado dos pés :

- lavar os pés diariamente;
- secá-los bem;
- lubrificar com creme se ressecados;
- inspecionar presença de lesões ( se houver, é necessário fazer limpeza e revisão diária, acolchoando o calçado para não traumatizar o ferimento ao caminhar);
- usar sapatos confortáveis;

Existem vários fatores de risco, entre eles estão: idade, sexo feminino, predisposição genética, obesidade, estresse mecânico sobre a articulação, trauma articular, distúrbios ósseos ou articulares anteriores e história de doença inflamatória, endócrina ou metabólica.

A pessoa portadora de osteoartrite apresenta alguns sintomas como dor que deve-se à sinóvia inflamada, estiramento da cápsula articular ou ligamentos, irritação das terminações nervosas no periósteo sobre os osteófitos, microfratura trabecular, hipertensão intra-óssea, bursite, tendinite e espasmo muscular; rigidez da junta, principalmente no período da manhã ou ao acordar, com duração em torno de 30 minutos; e comprometimento funcional devido à dor e à limitação do movimento causada pelas alterações estruturais nas articulações.

Apesar das articulações do meio e da ponta dos dedos serem afetados, é mais freqüente ocorrer osteoartrite em articulações que suportam o peso corporal.

O diagnóstico de osteoartrite é definido através de exames radiológicos.

O tratamento apenas lentifica o processo degenerativo, ele não interrompe, isto, se ele for aplicado logo no início da doença. Entre as medidas cabíveis estão: redução do peso, prevenção de traumas, rastreamento na fase perinatal para doença congênita do quadril, corrigir a postura inadequada, aplicar calor úmido no local, exercícios isométricos para reforçar a musculatura. Já o tratamento terapêutico consiste em farmacoterapia, medidas de suporte e intervenção cirúrgica quando a dor é intratável e tenha ocorrido perda de função (Duncan, 1996 e Brunner, 1998).

## **AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).**

### **Agente**

O vírus da Aids pertence a família do retrovírus. Este vírus recebe várias denominações : LAV, HTLV-III, Aids vírus, ARV, HTLV-III/LAV e atualmente o termo mais usado é HIV.

### **Modo de transmissão**

- Relações sexuais;
- Mãe infectadas podem transmitir o vírus da Aids durante o parto ou através do aleitamento materno.
- Pela passagem de sangue contendo células infectadas de um indivíduo a outro.

Exemplos: homossexuais masculinos promíscuos que são mais expostos ao risco de serem infectados, toxicômanos que utilizam produtos injetáveis ( a troca de seringas e agulhas não desinfetadas pode transmitir o vírus por intermédio de pequenas quantidades de sangue que podem ficar na seringa após uma injeção de droga ), hemofílicos ( onde um só doador infectado poderia bastar para infectar um lote inteiro de produtos e consequentemente um grande número de hemofílicos.

### **Período de incubação**

Meses ou anos.

### **Sinais da doença**

De duas a seis semanas após introdução do vírus ; erupção vermelha da pele, que se estende pelo corpo como um mapa geográfico ( durante geralmente dez dias, desaparecendo espontaneamente).

Seis meses a cinco anos após infecção : infecções por fungos que atingem a pele e rosto, as unhas ou a boca, e são chamados de sapinho, que se desenvolvem quando há uma baixa das defesas ( imunidade ) do organismo. A boca fica coberta de manchas brancas que se espalham pelas gengivas e pela língua. Perda indesejada do peso superior a dez por cento da massa do corpo. Púrpura, que são pequenas manchas hemorrágicas do tamanho de uma cabeça de alfinete, localizada nos membros inferiores. Síndrome de dedos frios e brancos. Tumores de Kaposi, manifestações alérgicas.

### **Sintomas da doença**

De duas a seis semanas após introdução do vírus : Síndrome Monucleósica, isto é, uma febre entre 38 e 40°. Aumento dos gânglios do pescoço e axilas ( duram geralmente dez dias e desaparecem espontaneamente ).

Seis meses a cinco anos após a infecção : Síndrome de Linfadenopatias crônicas, que é o aumento dos gânglios linfáticos em diferentes locais do corpo que persistem por vários meses ou anos. Febre prolongada por várias semanas superior a 38°. Suores noturnos significativos. Tosse prolongada. Paralisias, perturbações visuais ou manifestações psiquiátricas anormais. Diarréias inexplicadas.

### **Prevenção**

Manter relações sexuais com parceiro único ( contando que nenhum dos dois tenha se exposto a situações de risco ).

Usar camisinha.

Em transfusão de sangue, somente utilizar seringas individuais descartáveis ou esterilizadas. Essas recomendações também servem para alicates de unha, gilete, navalha, agulhas de acupuntura, aparelhos de tatuagem, etc.

A mulher infectada ou doente com Aids deve evitar a gravidez e a amamentação.

### **Tratamento**

Não há tratamento curativo conhecido para a Aids. Entretanto há tratamentos efetivos para muitas das doenças oportunistas que a infecção pelo HIV predispõe. Estes tratamentos incluem antibióticos, quimioterapia, radioterapia e outros agentes (Rimero, 1978).

## ANEXO 2



## PRÉ-NATAL

A atenção ao pré-natal implica em um acompanhamento minucioso de todo processo da gravidez, não apenas no que diz respeito aos aspectos biológicos, mas também ao modo de como a gestante está se adaptando a gestação (Zampieri, 1998).

No pré-natal é assegurado o bem estar da mãe e do filho a fim de favorecer adaptação às transformações físicas, sociais, psicológicas, espirituais e culturais da gestante e sua família, preparando-os para o parto e puerpério.

É necessário também avaliar a saúde da mulher e do feto, de seu desenvolvimento e crescimento, identificando fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e encaminhando-a, caso necessite de acompanhamento e tratamento precoce das condições anormais, aos serviços referentes.

Para que a gestante tenha uma boa condução da gestação, é essencial que a mesma e sua família recebam um suporte emocional e de educação em saúde, a fim de diminuir riscos, tratar sintomas, prevenir patologias e promoção à saúde de todos.

Segundo Zampieri, 1998; “a gravidez é um ciclo de desenvolvimento humano, que extrapola a dimensão biológica e envolve a mulher em sua totalidade. Tem um caráter individual já que cada mulher vivência de forma única esse evento; contudo é uma experiência social, pois se estende ao companheiro, família e sociedade”.

Cada gestação tem sua própria singularidade e peso afetivo que o casal e/ou família lhe atribui, e fatores como este e aceitação da gestação somente serão desvendados quando ocorrer interação entre a cuidadora e gestante, com a família em questão.

Durante o pré-natal, o exame físico é que evidenciará os aspectos fisiológicos da gestação e permitirá que sejam identificados os indicadores de risco que podem interromper o curso normal da gestação.

O exame físico é dividido em geral e obstétrico, e a seguir abordaremos o esquema proposto por Zampieri, (1998):

a) Exame físico geral – obedece as normas da propedêutica clínica, através da palpação, ausculta, percussão e inspeção. Verifica-se o pulso, a frequência respiratória, temperatura, as mucosas visíveis, a coloração das extremidades ungueais, a presença de edema palpebral e dos membros inferiores, e a pressão arterial sistêmica.

Os aspectos gerais que cada gestante irá apresentar, vai depender da idade gestacional, pois algumas no início da gestação emagrecem. A medida que a gestação se avança, a cintura torna-se alargada e a curva de quadris apagada. A gestante tem geralmente rosto cheio, olhar vivo, e a respiração mais ativa.

Tendo em vista o aumento do volume e peso do útero e das mamas, a grávida a fim de manter seu equilíbrio, desloca para trás seu centro de gravidade, acentuando-se a lordose.

A gestante tende a andar pesado, que lembra um “pato”; esta marcha é denominada de anserina.

A estatura na gestação é importante ser levantada para se realizar controle de avaliação nutricional do peso/altura/idade gestacional através do normograma.

O peso da gestante geralmente aumenta de 9 a 14 kg durante a gestação. Segundo Neme, 1995 o ganho médio considerado normal é de 10 a 12 kg, devendo ser maior as gestantes que iniciam o pré-natal com peso menor que o normal para sua estatura e menor para aquelas com peso maior do que lhes é considerado normal.

Segundo Resende e Montenegro (1992,1995), o ganho ponderal deve ser cerca de 1 a 1,8 kg até o final do 1º trimestre e de 250 a 400g por semana a partir daí.

E ainda o peso da gestante pode ser relacionado ao produto da concepção e organismo materno. No 1º trimestre 1 Kg refere-se ao ganho materno de útero, mamas, volume sanguíneo e líquido extra celular materno. No 2º trimestre, 60% do peso refere-se ao ganho materno, como foi citado acima e 40% refere-se ao feto, placenta e líquido amniótico. No 3º trimestre, 60% do peso refere-se ao feto.

Um aumento de peso de 485 à 600 g por semana nos últimos 3 meses pode ser um sinal de edema patológico e deve ser investigado, podendo ser prenúncio de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia. Neste caso, o aumento de peso precede em 65 % dos casos com hipertensão e proteinúria, Zampieri, 1998.

O peso do recém nascido está intimamente relacionado ao ganho de peso materno. Mães que engordam menos que 4,500 gramas durante a gestação tem grande probabilidade de ter um bebê com baixo peso.

A temperatura axilar é importante ser verificada para que possa ser detectado alguma infecção. Já a pressão arterial, é importante para se realizar um controle efetivo durante toda a gestação com objetivo de detectar hipertensão, um dos sinais indicativos de pré-eclâmpsia.

b) Exame fisico obstétrico.

Locais	Características e modificações da gravidez	Cuidados de enfermagem e observações
Pele	Aumento da vascularização, eritema palmar, aumento da perspiração e oleosidade.  Nervos vasculares na face e no tronco.	Orientar que as alterações são normais da gravidez e que regridem após. Aconselha-se banhos com mais frequência.  Regridem ao término da gestação, aconselha-se o uso de protetor solar e diminuir a exposição ao sol.
Face	Cloasma	Tende a regredir após a gravidez aconselha-se o uso de protetor solar.
Couro cabeludo	Aparecimento de lanugens na	Típico da gestação, não

	inserção do couro cabeludo – Sinal de Halban	causam maiores problemas.
Olhos	Alterações sutis no contorno	Pode interferir no conforto das lentes. Não é o momento para troca de óculos ou lentes.
Nariz	Mucosa edemaciada	Orientar a gestante que há tendência ao sangramento. Caso isso ocorra não há com o que se preocupar.
Boca	Hipertrofia das gengivas  Dentes	Tendência ao sangramento. Usar escova macia ao higienizar os dentes. Observar a existência de cáries e encaminhar ao dentista se necessário.
Pescoço	Hipertrofia da tireóide (5º ou 6º mês), engrossando o pescoço.	Alteração que regride após a gestação.
Tórax	Hipersensibilidade à palpação.	
Glândula mamária	Aumento de volume. Mamilos salientes e eréteis, aréola pigmentada e presença da aréola secundária – sinal de Hunter. Presença de Tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas). Aumento de vascularização – rede de Haller. Presença de colostro (a partir da 16ª semana). Estrias grávidas.	Realizar exame preventivo de câncer de mama com delicadeza, devido a hipersensibilidade da mama. Retorna ao normal após a gestação. Orientar uso de sutiã de base larga e alça curta para sustentar a mama. Realizar exercícios para preparo da mama.  Para preveni-las, realizar massagens com óleo de amêndoas.
Pulmões	Aumento da frequência respiratória. Predomínio da respiração torácica. Aumento da dispnéia a medida que a gravidez evolui.	Orientar com relação a respiração (inspirar pelo nariz e expirar pela boca). Ajudar a planejar períodos de repouso.
Sistema Cárdio Vascular.	Aumento da frequência do pulso (+ 10 bpm) Pressão arterial diminuída.	Controlar e avaliar a pressão arterial em cada consulta. Orientá-la a permanecer em

	em particular a diastólica no 2º trimestre.	decúbito lateral esquerdo, evitando hipotensão supina.
Abdome	<p>Mudança de silhueta, de acordo com o aumento do útero.</p> <p>Estrias</p> <p>Linha negra ou nigra (hiperpigmentação da linha alva).</p> <p>Aumento do volume do útero e altura uterina.</p> <p>Movimentos fetais</p> <p>Presença de contrações de Braxton Hicks</p> <p>Ausculta obstétrica.</p>	<p>Realizar palpação a partir do 3º mês e manobras de Leopoldd a partir do 5º mês.</p> <p>Medir a circunferência abdominal:</p> <p>Realizar massagens com óleo de amêndoas.</p> <p>Volta ao normal após a gestação.</p> <p>Avaliar a altura uterina de acordo com a idade gestacional. Determinar o fundo do útero para acompanhamento do crescimento fetal.</p> <p>Observados, a partir do 4º mês de gestação.</p> <p>É normal durante a gravidez. São chamadas de falsas contrações.</p> <p>Realizar ausculta a partir da 12ª semana com sonar-doppler e a partir da 20ª semana com pinard.</p>
Extremidades inferiores	<p>Edema dos pés e pernas</p> <p>Varizes</p>	<p>Repouso adequado, orientar para erguer as pernas.</p> <p>Erguer as pernas, caminhar, fazer uso de meias elástica.</p>
Órgãos reprodutores	<p>Mucosas vermelhas ou violáceas, vascularização – sinal de Schadwick.</p> <p>Corrimento, secreção inodora.</p> <p>Varizes</p> <p>Cérvix com coloração azulada.</p>	<p>Observar alteração de corrimento e tratar se possível. Ensinar medidas de higiene. Orientar banho de acento com água morna e substância específica para cada infecção.</p> <p>Realizar preventivo de câncer de colo de útero, coleta dupla.</p>

## EXAME PREVENTIVO DE CÂNCER CÉRVICO-UTERINO.

Segundo Graça, 1993, o câncer cérvico-uterino é um dos tipos mais comuns de câncer encontrado entre as mulheres, geralmente as de 20 a 50 anos são mais sujeitas a ocorrência de carcinoma, sendo assim, os programas de detecção devem estar voltados para essa faixa etária.

A etiologia do carcinoma cervical é desconhecida. Sabe-se no entanto que é uma infecção progressiva iniciada com transformações neoplásicas intra epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, em um período que varia de 10 a 20 anos. Histologicamente as lesões cervicais pré-invasoras se desenvolvem através de alterações celulares, anteriormente denominadas displasia (leve, moderada e acentuada). Atualmente essas lesões são classificadas como neoplasias ultra-epiteliais cervicais (NIC I,II,III) sendo que NIC III corresponde à displasia acentuada e carcinoma in Situ.

Sua incidência está relacionada com; início da atividade sexual com idade precoce (menos de 20 anos), multiplicidade de parceiros, história de doenças sexualmente transmissíveis em principal as de infecções por papilomavírus –HPV e herpes vírus tipo 2, baixo nível sócio econômico, hábito de fumar, carência nutricional a hipovitaminose A, multiparidade e higiene genital deficiente.

As ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino tem por finalidade evitar, ou remover os fatores de risco, além do diagnóstico precoce através do rastreamento de lesões pré-malignas ou malignas. O diagnóstico dessas lesões é feito através da citologia, colposcopia e histologia.

Em nível primário de saúde o meio disponível é a citologia. A citologia é o estudo das células no conteúdo cérvico-vaginal que visa identificar alterações celulares que precedem o processo neoplásico.

### a) Colheita da amostra

As amostras para detecção do câncer podem ser colhidas por médicos ou enfermeiros. As clientes devem ser instruídas para que: não usem duchas ou medicamentos vaginais nas 72 horas que precedem o exame assim como, se abstenham de relação sexual nas 24 horas que precedem o exame, não devem estar menstruadas.

Para uma coleta adequada, a cérvix deve estar exposta através de um espécuro vaginal e que se proceda um raspado no fundo do saco vaginal posterior, ectocérvice (junção escamocolunar – JEC) e endocérvice. Em mulheres grávidas não é feita coleta de material citológico da endocérvice. O raspado nesses três locais caracterizam a coleta tríplex. A coleta deve ser realizada com espátula ou outro instrumento similar, constituído de material rígido e não absorvente. A lâmina com extremidade fosca permite a identificação da cliente. O esfregaço é realizado sem espessamento e fixado imediatamente com solução fixadora, que mantém as características das células colhidas. Após a fixação, as lâminas já secas deverão ser adequadamente acondicionadas de preferência, em caixa de material plástico, e enviada ao laboratório de citologia.

Para as mulheres que não iniciaram-se sexualmente, preconiza-se a partir de 25 anos coleta de material do fundo de saco vaginal, com uso de pipeta (citopipeta) ou cotonete.

## b) Resultado da Citologia

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

A nomenclatura recomendada pelo Ministério da Saúde e sugerida pela Organização Mundial de Saúde, é a seguir apresentada:

<b>Classificação descritiva</b>	<b>NIC</b>
Negativo para células malignas Atipias inflamatórias Displasia leve	NIC I
Displasia moderada	NIC II
Displasia acentuada	NIC III
Carcinoma in situ Carcinoma invasor, carcinoma de células escamosas, adenocarcinoma, outras células neoplásicas (especificar).	NIC III

A técnica de coloração para citologia permite também, identificar a microflora vaginal nos esfregaços. Os resultados da análise da microbiologia vaginal devem acompanhar os resultados da citologia cérvico-vaginal. Assim são classificadas:

<b>Tipo</b>	<b>Micriorganismo</b>
I	Lactobacilos – com citólise, sem citólise
II	Flora mista
III	Cocóide
IV	Gardnerella vaginalis (Haemophilus Vaginalis)
V	Leptothrix vaginalis
VI	Trichomonas vaginalis
VII	Chlamydia Trachomatis
VIII	Fungos
IX	Vírus
X	Achados raros
XI	Inconclusivo

A presença de um microorganismo não implica processo inflamatório, sendo necessário para tal, que a estrutura celular apresente variações que caracterizem a inflamação.

Ações de Enfermagem no controle e prevenção do câncer cérvico-uterino.

- Orientar a população sobre as medidas preventivas existentes,
- Colher o material citológico cervical,

- Orientar individualmente cada cliente,
- Registrar e controlar o retorno, nos casos de risco detectado,
- Desenvolver pesquisas na área.

## **ALEITAMENTO MATERNO.**

A prática do aleitamento materno constitui-se em um modo inigualável de fornecer o alimento ideal para os lactentes, permitindo que o seu crescimento e desenvolvimento ocorra de forma saudável.

Pelo ponto de vista nutricional, a interrupção da amamentação precocemente é prejudicial para a saúde do lactente, já que na maioria das vezes os alimentos utilizados são inadequados. Já o leite materno, é capaz de suprir todas as necessidades alimentares da criança até o 6º mês de vida.

Segundo Santos (1999 p. 105), o profissional de enfermagem possui um importante papel em promover, proteger e apoiar o aleitamento materno fornecendo informações sobre a promoção e manejo da lactação. Sobre a promoção, “são apresentados os tipos de intervenções recomendados e adotados atualmente”, quanto ao manejo, “são abordados temas relativos sobre anatomia da glândula mamária, fisiologia da lactação, fatores que interferem na prática do aleitamento materno, manejo clínico (posição, pega e ordenha manual), prevenção e tratamento dos principais problemas práticos da amamentação e assistência de enfermagem”.

### **Anatômia da Glândula Mamária**

Na mulher, as glândulas mamárias são simetricamente localizadas uma de cada lado do tórax, se estendem verticalmente da 2ª à 6ª costela e, transversalmente do esterno até a linha média axilar. São vascularizadas e nutridas por ramos perfurantes da artéria torácica interna e por ramos da axila, estando embebidas em tecido adiposo e conjuntivo ( Santos , 1999 p. 107).

A mama é formada por duas porções, o estroma mamário e o parênquima que é a parte secretória composta por um sistema canalicular que possui ductos, lobos, lóbulos e aoveolos.

Cada mama tem centenas de lóbulos divididos em grande número de pequenos sacos que são os alveolos revestidos por células glandulares que formam o epitélio secretor. É esse epitélio que secreta o leite.

Os ductos saem dos lóbulos e se juntam a outros para originar ductos mais calibrosos até formarem 15 grandes ductos que são os galactóforos que se abrem na superfície do mamilo.

As ampolas são dilatações bulbosas dos ductos galactóforos, situadas antes de se exteriorizarem no mamilo.

De acordo com Gayton ( 1988 p. 523 ), “quando a criança suga a mama materna, células epiteliais semelhantes a células musculares (células mioepiteliais) que cercam os alvéolos, contraem-se expulsando o leite contido nos alvéolos e nos lóbulos, para os seios galactóforos; a criança suga o leite contido nesses seios”. Sem a contração dessas células não haveria leite nos seios galactóforos. Esse mecanismo é controlado por um hormônio que é a ocitocina.

Em meio a esse tecido fica a estrutura imatura da glândula mamária, que na gravidez sofre influências de hormônios (estrogênio e progesterona), secretados pela placenta e também pelo efeito da secreção de prolactina pela hipófise anterior. A glândula mamária aumenta de volume e passa a ser a principal parte da mama.

A mama é revestida por pele, e possui o mamilo e a areola. O mamilo localiza-se no centro da mama e tem grande sensibilidade por ser innervado com terminações neurosensitivas e corpúsculos de Meessner. Possuem papilas dérmicas e fibras musculares lisas circulares e longitudinais, o que os torna rígido e saliente, mais especificamente na gestação e período menstrual. São providos de glândulas sebáceas e sudoríparas apócrinas e podem ser classificados como:

Normal – são protrusos e existe ângulo de mais ou menos 45° entre o mamilo e a areola. É elástico e de fácil apreensão.

Plano – está no mesmo nível da areola, não existe ângulo entre os dois. O tecido é pouco elástico.

Invertido – inverção total do tecido epitelial, podendo ocorrer o desaparecimento total do mamilo. O tecido não é elástico e é de difícil apreensão.

Atelia – ausência de mamilos.

A forma, tamanho e consistência das mamas variam nas diferentes idades e indivíduos de acordo com etnia, biotipo e quantidade de tecido adiposo.

Tipos de mamas:

Globosa – o diâmetro antero posterior é igual a metade do diâmetro da base.

Peniforme – o diâmetro antero posterior é igual ao diâmetro da base.

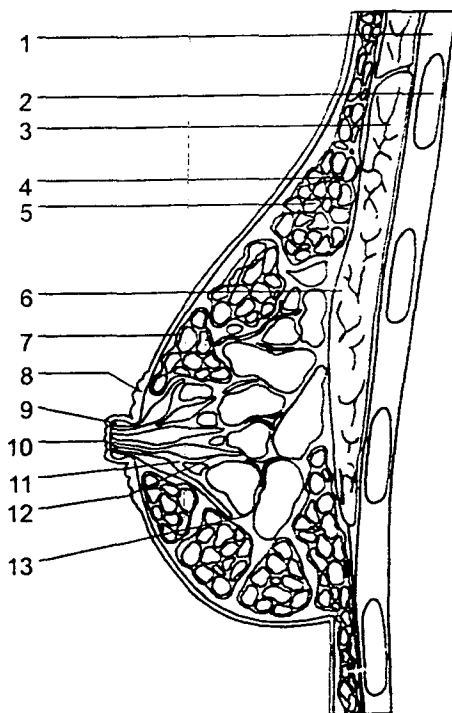
Discóide ou plana – o diâmetro antero posterior é menor que o diâmetro da base.

Pendente – o arco do ângulo inferior ultrapassa a base de implantação em mais de 2,5 cm.



A areola se encontra ao redor do mamilo e é onde se localizam as glândulas areolares ou mamarías acessórias (tubérculos de Montgomery), responsáveis pelas proeminências modulares da superfície que na gravidez crescem 2,5 mm de diâmetro produzindo secreção lipóide para lubrificar os mamilos.

O estroma é o tecido conjuntivo colágeno e adiposo que envolve as mamas e que lhes dá a consistência característica; também inclui vasos, nervos e linfáticos.



– Estrutura da glândula mamária feminina: 1) Músculo peitoral maior. 2) Músculo peitoral menor. 3) Plano costal. 4) Ligamento de Cooper. 5) Tecido adiposo subcutâneo. 6) Tecido adiposo retromamário. 7) Músculo areolar. 8) Glândulas areolares. 9) Orifício ducto excretor. 10) Mamilo. 11) Ampola galactófora. 12) Canal galactóforo. 13) Tecido adiposo intramamário (estroma). Fonte: Santos, 1989.

**Fonte:** SANTOS, Evangelina Kotzias Atherino.. Enfermagem Obstétrica e Neonatológica: Textos Fundamentais, 1999 p.109.

### **Fisiologia da Lactação**

Segundo Santos (1999), o funcionamento da glândula mamária está intimamente ligado as transformações que ocorrem durante o seu desenvolvimento. Esse desenvolvimento esta dividido em etapas:

1º etapa – mamogênese – o desenvolvimento da glândula mamária começa na puberdade, vai se acentuar na gravidez e por fim na menopausa. Cada vez que a taxa de

hormônio estrogênio aumenta, temos um aumento no tamanho das mamas que logo depois regride. Nos ciclos menstruais, com a liberação de estrogênio temos um crescimento dos ductos galactóforos e canalículos (sendo que em maior proporção na gravidez), já a progesterona é responsável pela expansão dos alvéolos. A prolactina é liberada em menor quantidade durante os ciclos menstruais, na gravidez, a partir da 5ª ou 6ª semana ela se eleva estando este aumento relacionado aos níveis de estrogênio. Ela se manifesta por pequena quantidade de colostro que é o chamado 1º leite, isso ocorre pois o estrogênio e a progesterona inibem a ação da prolactina sobre a mama. Após a saída da placenta no pós parto, os níveis de estrogênio e progesterona caem aumentando a concentração da prolactina produzindo o leite. Esta está sob efeito do hipotálamo que contém uma substância que impede sua liberação, que é o PIF – fator de inibição de prolactina.

Do 3º ao 4º dia de puerpério inicia-se a secreção do leite propriamente dito, nesse período observa-se o aumento das mamas que se tornam sensíveis, turgidas, dolorosas e quentes.

2º etapa – lactogênese (galactogênese) – é o início da secreção láctea. A ação da prolactina é responsável pela produção do leite. Esses níveis aumentam com a sucção do bebê. A ocitocina é responsável pela ejeção do leite, pois do mesmo jeito que ela contrai o útero, ela contrai as células glandulares que forma o epitélio secretor ao redor dos alveolos na mama. A partir da liberação da placenta, diminuição dos hormônios estrogênio, progesterona e lactogênio placentário, aumentando os níveis de prolactina, que estimula a hipófise anterior a liberar mais prolactina que vai agir nas células glandulares (alveolos) para produzir o leite.

A ocitocina por sucção, estímulo tátil, pensamento, vai estimular a hipófise anterior e inibir a PIF, provocando esvaziamento das ampolas e ductos galactóforos. A sucção do mamilo vai agir no sistema hipotalâmico hipotísario e provocar a liberação de ocitocina e prolactina. A prolactina vai manter a secreção láctea e a ocitocina agir nas células mioepiteliais ao redor dos ductos, lóbulos e canais provocando sua contração e determinando a ejeção láctea.

3º etapa – lactopoeise – é a fase de manutenção láctea e se dá através da retirada do leite, ação dos hormônios e fatores neuroendócrinos da sucção. Segundo Santos, 1999 p. 114, “a prolactina, responsável pelo desencadeamento da lactação, parece exercer baixo poder nesta fase. A somatotrofina parece ter maior atuação mantenedora da lactação, agindo sobre a bioquímica do metabolismo da glândula mamária”.

## **Vantagens do Aleitamento Materno**

### Vantagens para os bebês

- O teor de proteínas do leite materno é perfeito para o crescimento e desenvolvimento cerebral do bebê. A proteína desse leite é facilmente digerida e bem absorvida pelo bebê.

- Bebês amamentados exclusivamente, raramente tem anemia por deficiência de ferro nos primeiros seis a oito meses de vida.

- Protege contra infecções como diarreia, respiratórias e faz com que haja produção de anticorpos contra doenças que a mãe já foi exposta.
- Protege contra alergias.
- Melhora a resposta à vacinações e faz com que as doenças sejam combatidas mais rapidamente.
- Diminui a probabilidade de ocorrer problemas ortodônticos e dentais ocasionados pelo uso da mamadeira.

#### b) Vantagens para as mães

- A ocitocina liberada quando a mãe amamenta contrai o útero e ajuda a interromper a hemorragia pós parto.
- O aleitamento frequente atrasa a volta da menstruação e ajuda a proteger a mulher de uma nova gravidez.
- Reduz o risco de câncer mamário e ovariano.
- Reduz a depressão pós parto.
- A recuperação física no pós parto é mais rápida.
- Estimula a ligação afetiva entre mãe e filho.

#### **Avaliando a Pega da Aréola**

Sinais de que a pega da aréola está correta, possibilitando uma sucção eficiente :

- A boca do bebê está bem aberta.
- O queixo do bebê toa o peito.
- O lábio inferior do bebê está virado para fora.
- O bebê suga, dá uma pausa e suga novamente com sucções lentas e profundas.
- A mãe pode ouvir o bebê deglutindo o leite.

Sinais de que a pega da aréola não está correta :

- O mamilo parece achatado ou rajado quando sai da boca do bebê, no final de uma mamada.
- A mãe sente dor nos mamilos durante e após as mamadas.

- As mamas da mãe doem estar ingurgitadas devido a uma retirada ineficiente de leite.

Posição correta da mãe e do bebê.

- A mãe está relaxada e confortável.
- O bebê está calmo e alerta, não está chorando.
- O corpo do bebê está inteiramente de frente para a mãe e próximo dela.
- A cabeça do bebê está apoiada, em linha reta em relação ao corpo, e de frente para o peito.

### **Lactação como Método de Planejamento Familiar**

O aleitamento não é por si só um método anticoncepcional eficiente, mas diminui a fertilidade da mulher. O LAM – Método de Amenorréia Lactacional, foi desenvolvido para ajudar as mulheres que desejam utilizar o aleitamento para espaçar as gestações.

Possui eficácia se:

- A mãe com menos de seis meses após o parto, ainda não apresentou sangramento menstrual.
- A mãe amamentar exclusivamente dia e noite, sob demanda do bebê.
- O bebê mamar pelo menos seis vezes em 24 horas, sem intervalos muito longos entre as mamadas.

Recomenda-se para quem deseja usar o método que:

- Amamentem sempre que o bebê desejar.
- Amamentem num peito até o bebê largar espontaneamente; depois ofereçam o outro peito.
- Deixem o bebê sugar somente o peito, sem oferecer chupetas ou bicos artificiais.
- Continuar amamentando com frequência mesmo que seja introduzido novos alimentos.

### **PREVENTIVO DE CÂNCER DE MAMA**

#### **Magnitude do Problema**

O câncer de mama é um dos mais frequentes tumores malignos, sendo o maior problema de patologia mamária. Os óbitos por câncer de mama, no Brasil, representam

16% da mortalidade por neoplasia maligna, ou 2,3% de todas as causas de morte entre as mulheres. A região sudeste –sul tem o maior número de mortes por câncer de mama neoplásica.

No estágio pré invasor do câncer de mama, o diagnóstico e tratamento podem influenciar significativamente na diminuição desta mortalidade. Este estágio de câncer de mama é longo, variando de meses até mesmo anos. Os nódulos ou tumores são geralmente as primeiras manifestações do carcinoma, assim sendo, nesta ocasião ele já existe aproximadamente a 7 – 8 anos.

### Etiologia

Morfologicamente o câncer de mama pode ser :

- a) Parenquimatoso : há o predomínio do parênquima, com ulceração, o tumor tem aspecto de couve – flor.
- b) Esquimoso : há predomínio do estroma conjuntivo, o tumor é duro e retrátil.

O carcinoma de mama se propaga preferencialmente através da rede linfática, atingindo a própria pele do órgão, a fáscia muscular subjacente e os linfonodos axilares e supra claviculares, assim como os da cadeia para esternal. Quando o câncer já está em fases mais avançadas, as metástases podem atingir e prejudicar outros órgãos ( pulmões, ossos, fígado, cérebro, ovários, supra – renais ).

De acordo com o quadrante mamário, a incidência de carcinoma varia : quadrante superior externo ( QSE ) 46%, região axilar 27%, quadrante superior interno ( QSI ) 13%, quadrante inferior externo ( QIE ) 9% e quadrante inferior interno ( QII ) 5%.

### Epidemiologia

Alguns fatores podem definir o grupo de risco para o câncer de mama : história familiar de câncer mamário, primeira gestação tardia ( > 28 anos ), nuliparidade, disfunções hormonais, história de patologia mamária benigna, obesidade, menarca precoce ( < 16 anos ) , menopausa tardia, não lactação, alimentação rica em gordura, exposição a radiações ionizantes.

### Diagnóstico do câncer de mama

Quanto mais cedo for diagnosticado o câncer de mama, melhor será o prognóstico e mais longa a soárevida do paciente.

O diagnóstico de câncer de mama segue algumas etapas :

- a) Anamnese ( de acordo com roteiro preventivo por nós elaborado );
- b) Exame clínico;
- c) Punção biópsia ( somente quando já identificado o nódulo mamário );

- d) Citologia ( feita do liquido obtido por expressão papilào ou expontânea );
- e) Mastografia (radiografia de mama );
- f) Ultrassonografia ( para diferenciar um tumor sólido de um cístico );
- g) Auto exame de mama ( de extrema importância para um controle da saúde da mulher e identificação precoce de qualquer alteração mamária) :

Para o exame clínico da mama costuma – se dividí – la em quatro regiões ou quadrantes e para isso, traça – se pelo mamilo uma linha vertical e uma horizontal. Esta divisão facilita a descrição dos dados encontrados.

O exame começa com a paciente sentada e é concluído com a paciente em posição deitada. Inicialmente, a paciente deve estar sentada na mesa de exames, com os braços rentes ao tórax, vestida apenas com um avental aberto na frente

Os tempos obrigatórios do exame de mama são : inspeção , a palpação e a expressão.

### **Inspeção**

É realizado com a cliente em pé ou sentada. Tem por objetivos analisar a simetria. As dimensões e a forma das mamas, das papilas e das aréolas e a presença de alterações da superfície representadas por depressões, abaulamentos, retrações da superfície da mama ou da papila, espessamento da pele ( casca de laranja ), coloração. A inspeção pode ser estática ou dinâmica.

Na inspeção estática a cliente fica com os braços localizados ao longo do corpo.

- a mulher deve estar em pé, desnuda, braços estendidos ao longo do tronco. Deve observar as mamas e estabelecer comparações de uma para a outra, em relação ao tamanho, posição, cor da pele, retrações ou outras alterações;

- em seguida, a mulher deve levantar os braços sobre a cabeça e fazer as mesmas comparações, observando ainda, se existe proteção de massa tumoral;

- finalmente, a mulher deve colocar as mãos nos quadris, pressionando – os, para que fique salientado o contorno das mamas. Esse procedimento evidência retrações, que podem sugerir a presença do processo neoplásico.

A inspeção dinâmica exige procedimentos que ponham em evidência a relação da mama com os planos profundos, principalmente com a aponeurose pré – peitoral, músculo peitoral e com os planos superficiais, e é constituída pelas manobras da mama pendente, da contração dos músculos peitorais e do estriamento dos músculos peitorais.

Manobra das mamas pendentes : com a cliente sentada, solicita – se que a mesma coloque as mãos sobre as coxas.

Manobra da contratura dos músculos peitorais : com a cliente sentada, solicita – se que a mesma, com os braços na linha da axila e com as mãos entrelaçadas, faça contrações dos músculos peitorais.

Manobra de estriamento dos músculos peitorais : com a cliente sentada solicita – se que : 1) com as mãos em cada lado da cintura, force os braços para trás; 2) com as mãos entrelaçadas , eleve os braços acima da cabeça.

Uma atenção especial deve , portanto, ser dedicada a descoberta dos seguintes sinais:

- ruptura mínima do perfil mamário, depressão ou convexidade, quando a paciente realiza a inspeção dinâmica;

- a existência de uma verdadeira pele de casca de laranja, espontânea ou provocada pelo preecamento da pele;

- mamilo retraído, umbilicado, ou até mesmo inteiramente em dedão de luva, desde que seja de aparecimento recente e assimétrico.

- ulceração ou eczema mamilar, unilateral, crônico.

### **Palpação**

A palpação deve ser iniciada pela mama supostamente normal. Cada mama deve ser palpada com a mão oposta; devendo o examinador pousar a outra mão sobre o ombro da cliente, ou seja, com a mão direita palpa – se a mama esquerda e com a mão esquerda palpa – se a mama direita.

Executa – se a palpação por quadrantes. O exame é feito com a face palmar dos dedos juntos, que vão percorrendo quadrante por quadrante. Concluída esta etapa, passa – se a palpação digital, realizando a manobra de Bloodgood, habitualmente chamada “manobra de tocar piano sobre a mama”.

Estas manobras podem ser feitas também de maneira “radiada”, isto é , partindo da papila mamária no sentido das regiões periféricas. Através delas o examinador poderá perceber tumores de menor diâmetro. Pode também analisar com mais precisão as características da mama ( superfície, consistência ) e a presença ou não de dor, relacionada a própria palpação, se bem executados, estes procedimentos podem revelar, em mamas que não sejam muito volumosas, tumores de até 3 cm. Segundo o tamanho os tumores podem ser classificados em : grandes ( maiores que 5 cm ) ; médios ( 2 a 5 cm); pequenos ( 1 a 2 cm ); infraclínicos ( menores de 1 cm).

Terminada a palpação de um lado, ainda com a paciente sentada executam – se as mesmas manobras do outro lado.

Após esta palpação, palpam – se os grupos de linfonodos, dos quais a rede linfática das mamas é tributária. Para isso procede – se da seguinte maneira :

Toma – se o braço da cliente com a mão homóloga do examinador ( mão direita do examinador / braço direito da cliente ) que é mantida em posição horizontal e apoiada sobre o braço do examinador de modo a deixar livre o acesso ao oco axilar. Palpa – se a axila com a mão oposta, aprofundando tanto quanto possível à procura de linfonodos aumentados. Procura – se de igual maneira no outro lado.

A seguir examina – se as regiões infraclaviculares, as fissas supraclaviculares e as regiões laterais do pescoço.

A cliente deve adotar o decúbito dorsal com as mãos atrás da cabeça, e os ombros apoiados sobre um travesseiro. O examinador coloca – se atrás da cabeça, palpando cada mama com a mão homóloga ao lado que examina.

Devido ao achatamento da mama sobre o quadril costal, nesta posição evidenciam – se melhor os tumores de pequeno tamanho ou de localização mais profunda.

No auto exame da mama a mulher deve deitar – se em posição cômoda e relaxada, com um braço atrás da cabeça e com o ombro sobre elevado. Às vezes é mais fácil efetuar a palpação durante o banho, pois os dedos escorregam com maior facilidade sobre a pele ensaboadada, ou ainda usando óleo. As mamas devem ser examinadas uma a uma, usando a palma e os dedos da mão contrária, movendo – os no sentido anti – horário, de forma circular da periferia para o centro. Em seguida são examinadas as regiões axilar e supraclavicular. Os sinais de alarme da palpação são de qualquer nódulo, zonas de espessamento ou dor unilateral em região mamária, axilar ou clavicular, qualquer mudança de dimensões, estrutura ou forma em relação a auto – exames anteriores.

### **Expressão**

Completa – se o exame com a expressão das papilar mamárias, que deve ser realizada com os dedos e por quadrante, procurando localizar pelo tato o ducto do qual obtem – se secreção. O aspecto da secreção varia de citrino claro ao fracamente sanguinolento. As secreções esverdeadas e sanguinolentas costumam indicar patologia dos ductos mamários, tais como papilomas ou carcinomas intra ductais. Galactorréia mínima, banal na múltipara é insenta de significação patológica, contanto que não esteja associada a distúrbios do ciclo ( indicada a exploração hormonal ).

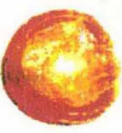





A descarga papilar ( expontânea ou provocada ) deverá ser colocada diretamente sobre a lâmina.

No auto exame da mama , a mulher segura a mama com a mão contrária e desliza o polegar em direção ao mamilo. Esta manobra é feita em toda a mama.

O AEM ( auto exame de mama ) deve ser realizado mensalmente, após a menstruação, período em que as mamas não apresentam edemas.



# Métodos Contraceptivos

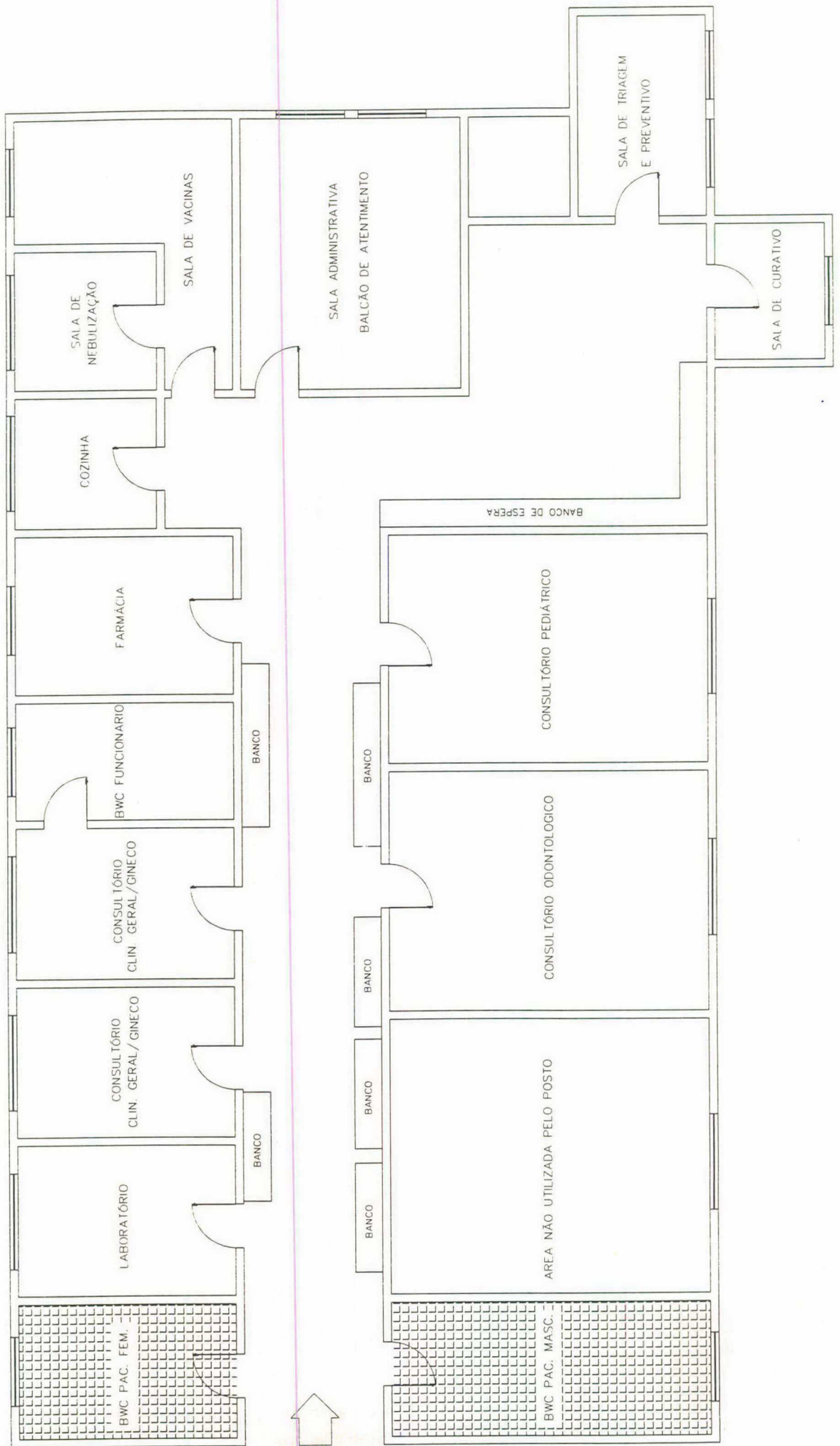
	CAMISINHA	ESPERMICIDA	PÍLULA COMBINADA	MINIPÍLULA	DIAFRAGMA	DISPOSITIVO INTRA-UTERINO — DIU DE COBRE
<b>PORCENTAGEM DE BRASILEIRAS QUE USAM</b>	 7.27%	 0.18%	 29.09%	 Não há estatística	 0.18%	 1.45%
<b>CUSTO</b>	A embalagem com seis unidades custa entre R\$ 2 e R\$ 5. É distribuída gratuitamente nos postos de saúde e hospitais públicos.	Em torno de R\$ 9 um tubo com 40 gramas.	De R\$ 7 a R\$ 15. É distribuída gratuitamente nos postos de saúde e hospitais públicos.	Entre R\$ 1.50 a R\$ 3. É distribuída gratuitamente nos postos de saúde e hospitais públicos.	Entre R\$ 30 e R\$ 100. É distribuído gratuitamente nos postos de saúde e hospitais públicos.	Entre R\$ 150 e R\$ 400. É distribuído gratuitamente nos postos de saúde e hospitais públicos.
<b>EFICÁCIA</b>	90% (quando bem colocada)	70% se combinado com outros contraceptivos (como diafragma)	99%	96%	97%	98%
<b>COMO FUNCIONA</b>	Cobre o pênis e impede que as espermatozoides cheguem ao colo do útero. Deve ser colocada antes da penetração e retirada logo após a ejaculação. No período fértil, pode ser usada com espermicida — isso aumenta a segurança.	Deve ser usado com diafragma ou camisinha — jamais sozinho. Contém a substância química Nonoxiol, que mata os espermatozoides, impedindo a fecundação do óvulo. Encontrado na forma de gel ou jatinada, deve ser introduzido (com o aplicador) no interior da vagina minutos antes da relação sexual.	Libera dois hormônios sintéticos (estrôgeno e progesterona) que inibem a ovulação e alteram o muco cervical, bloqueando a ação dos espermatozoides. Precisa ser tomada constantemente, ou seja, um comprimido por dia.	Ao contrário da pílula tradicional, libera só um hormônio sintético: a progesterona, que torna o muco cervical mais espesso. Esse processo dificulta a entrada dos espermatozoides e impede a fecundação do óvulo. O comprimido deve ser tomado todos os dias no mesmo horário. Do contrário, a minipílula perde o efeito.	Espécie de "capa" de borracha que é colocada no fundo da vagina uma ou duas horas antes de ser usado, impede a passagem dos espermatozoides. Tem de ser usado com gel-espermicida e deve ser retirado duas ou três horas após a relação. Deve ter a medida correta do colo do útero — só pode ser indicado pelo ginecologista.	Pequeno objeto de plástico, revestido de cobre. Tem três versões: nas formas do T, 7 e no formato de "coqueiro murcho". O cobre libera substâncias que funcionam como espermicidas, alteram o muco cervical e impedem a fecundação do óvulo. Pode ficar no útero de três a dez anos.
<b>VANTAGENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Protege contra todas as doenças sexualmente transmissíveis, inclusive a Aids.</li> <li>Previne contra o vírus HPV, precursor do câncer de colo de útero.</li> <li>É vendida (nas farmácias, supermercados, mercados...) sem receita médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não precisa de receita médica.</li> <li>Lubrifica a vagina.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>É segura e prática. No caso de esquecer o comprimido diário, você pode tomar outro até 24 horas depois do último. Ultrapassando esse prazo, o uso deve ser interrompido e as relações sexuais também. A nova cadeia deve ser iniciada após oito dias da menstruação.</li> <li>Regulariza o ciclo e diminui o fluxo menstrual.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>É rápida e eficiente.</li> <li>Poucos efeitos colaterais.</li> <li>Normalmente é usada para tratamentos específicos. É indicada para mulheres em fase de amamentação ou com baixa tolerância ao estrôgeno.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Contraceptivo de barreira que não interfere no processo hormonal.</li> <li>Evita possíveis lesões no colo do útero e diminui a incidência de doenças no local.</li> <li>É utilizável e bastante durável.</li> <li>Pode ser usado por mulheres fumantas ou com problemas cardíacos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>É bastante eficaz e tem longa duração.</li> <li>Quando bem colocado, a margem de segurança é de quase 100%.</li> <li>Pode ser usado por mulheres que nunca tiveram filhos, sem complicações futuras. Mas o processo de adaptação em um útero virgem é mais demorado, porque o órgão é menor.</li> </ul>
<b>DESVANTAGENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode romper se não for bem colocada.</li> <li>A camisinha deve ser des enrolada no pênis ereto até a sua base — deixando uma pequena folga na ponta para armazenar o esperma. Só o ajuste certo impede a entrada de ar e proporciona a pressão adequada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode causar ardor ou coceira.</li> <li>Provoca alterações na flora vaginal e, conseqüentemente, pode aumentar os riscos de infecções urinárias.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis.</li> <li>Interfere no processo hormonal e pode provocar aumento de peso, náuseas, cefaléia ou problemas de pele.</li> <li>É contra-indicada para mulheres cardíacas, hipertensas ou fumantas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pode provocar enxaqueca, sensibilidade nos seios e depressão.</li> <li>Não protege contra as doenças sexualmente transmissíveis.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Deve ser colocado a cada relação sexual.</li> <li>Aumenta os riscos de infecções urinárias.</li> <li>Quando a mulher engrávida mais de dez quilos, precisa ser trocado. O mesmo acontece após a gravidez.</li> <li>É necessário orientação médica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Aumenta o fluxo menstrual e o risco das doenças sexualmente transmissíveis.</li> <li>Pode provocar cólicas agudas e indisposições.</li> <li>Se não for bem adaptado, pode ser expulso acidentalmente.</li> <li>Deve ser colocado e retirado pelo médico.</li> <li>Pode supervisão a cada seis meses.</li> </ul>
<b>IDADE IDEAL</b>	20 anos. Contraceptivo barato e portátil. Ideal para relacionamentos esporádicos ou casais que estão começando a vida sexual.	Sozinho, não é indicado a nenhuma idade. Com camisinha, pode ser usado a partir dos 20 anos. Com o diafragma, é ideal para mulheres entre 20 e 40 anos.	Dos 20 aos 30 anos. É eficaz e de baixo risco.	Dos 30 aos 40 anos. Para mulheres disciplinadas.	Entre os 30 e 40 anos. É ideal para mulheres organizadas e que tenham intimidade com o próprio corpo.	Dos 30 aos 40 anos. Indicado para mulheres com comportamento sexual estável.

\* Não foi regulamentado pelo Ministério da Saúde por achá-lo a passivo demais. \*\* Não foi regulamentado pelo Ministério da Saúde. Segundo os médicos, não é totalmente confortável e é difícil de ser manipulado. \*\*\* O Ministério da Saúde não tem proibido de vender até lá. \*\*\*\* Foi lançado há pouco tempo na Europa. É um produto muito novo.





## ANEXO 3



CSII SACO DOS LIMÕES  
ANEXO AO CENTRO  
SOCIAL E URBANO

ANEXO 4







ANEXO 5

**Visita dia 26/09/2000**

### **Dona Rosinha**

R.S., mais conhecida como Dona Rosinha, nascida no dia 24 de setembro de 1910 em São Francisco do Sul, garante Ter realizado mais de mil e um partos desde “mocinha” até cerca de dez anos atrás.

Veio ainda pequena com os pais morar em Florianópolis, indo residir inicialmente no Córrego Grande. Depois de residir no Pantanal, acabou se transferindo em 1960 para o Saco dos Limões. Casou-se com o operário do antigo Departamento de Obras Públicas do Governo do Estado, P.O.S., que veio a falecer com 46 anos de idade. O casal teve onze filhas, das quais quatro hoje ainda estão vivas.

Treinada pelo Departamento de Saúde, onde pegava materiais para curativos, injeções e para a realização dos partos, Dona Rosinha saía a cavalo, independente do horário e local para atender a população e fazer partos nas residências. Depois passou a trabalhar no posto de saúde da extinta Legião Brasileira de Assistência (LBA) anexo a igreja do bairro, onde permaneceu durante dezoito anos.

A filha G.66 anos, diz que Dona Rosinha fez seus próprios partos com o marido, “ele que cortava o cordão”. Tinha maleta com tesoura, tesoura de dente, gaze e panos.

A parteira diz que “quando o parto era complicado que precisava de cesariana porque a criança não encaixava, eu levava para a maternidade Carlos Corrêa” sob os cuidados de Dona Armem, com quem mantém contato até hoje.

Uma história que gosta de contar é sobre o primeiro parto que realizou. “Nasceram dois pretinhos no Sertão, e um deles quando me encontra sempre pede a benção”. Assim como ele, muito das pessoas que nasceram pelas mãos de Dona Rosinha, a visitam e levem lembrancinhas, deixando-a gratificada por Ter seu trabalho reconhecido.

Hoje, Dona Rosinha mora com a filha e o neto, não enxerga de uma vista devido a uma pedra que a cegou quando ela ia fazer um parto e da outra por “enfraquecimento pela idade” e tem dificuldades de audição, sendo possível o diálogo somente com a ajuda da filha. Devota de Madre Paulina e do Padre Antônio, temente a Jesus Cristo e a Virgem Maria, se apega na fé para continuar a vida. Acamada, usando fraldão geriátrico e fazendo uso de Higroton (medicamento usado para o controle da hipertensão arterial), se mantém vaidosa, usa brinco, anéis, pulseira, relógio, talcos, perfume e cabelos longos na altura do ombro.

Apesar da idade avançada, Dona Rosinha é procurada por gestantes que “levam a barriga” para que ela veja o sexo da criança e como ela está em vida intra útero; assim como para saber a data provável do parto. Muitas pessoas ainda a procuram para que ela benza contra quebrante (mal olhado), mas a filha relata que ela troca as rezas e as pessoas se curam mais pela fé.

**Visita dia 27/09/2000**

### **Dona Narcirema**

Narcirema completa em novembro deste ano, 74 anos, casada com Gentil, 77 anos, 14 filhos, destes 12 filhos teve em casa auxiliada por Dona Rosinha e pela sua sogra, somente 2 teve na maternidade. Moradora do bairro Saco dos Limões, é muito conhecida por benzer as pessoas “contra vermes”.



Conta que aprendeu a benzer há 45 anos com seu cunhado que lhe passou a reza quando curou seu filho dos vermes que tinha. Seu marido aprendeu com a mãe a benzer com “brebe” ( erva ) contra zipra ( zipela ) com nove raminhos de qualquer planta que não “tenha espinho”.

Dona Narcirema benze quem a procura a qualquer dia ou hora “até domingo, mas não presta, mas eu benzo, se vem uma criança pedindo ajuda eu não vou negar, né ?” .Diz que vem gente da Lagoa, do Itacorubi, do Campeche, de Barreiros e das imediações e que benze para ajudar os outros por isso não cobra nada. Segundo ela “as crianças chegam cansadas, com tosse, vômito, febre por causa dos vermes”.

Toda sexta-feira santa ela levanta de madrugada e escreve dois cadernos com a oração para a cura dos vermes. Quando a pessoa a procura ela reza a oração fazendo o sinal da cruz em cima da barriga da criança. Depois dá a oração e a pessoa a coloca em um saquinho para ficar pendurado no pescoço ou junto ao corpo da criança, permanece com esta até completar 10 anos aproximadamente. Caso a pessoa perde o papel com a oração ela recomenda ir buscar outro, nunca procurar. Ela benze a pessoa ( geralmente criança até 10 anos que tem mais facilidade de adquirir vermes) durante 2 ou 3 dias seguidos; faz massagem “na barriga”, dá álcool para cheirar e colocar no pulso; coloca alho no pulso e umbigo, tudo para “eliminar os vermes”.

Diz que “quando a criança vem a falecer ela coloca até vermes pelo nariz”.

Aconselha as mães a nunca darem chá de hortelã, pois “mexe com as bichas” e nunca fazer massagem com vinagre nem cheirá-lo “pois dá meningite”. Recomenda “chá do caldo santo` com azeite e chá preto para eliminar os vermes.

Dona Narcirema conta que benzeu um homem de 30 anos duas vezes por comer carne de porco, por estes vermes se alojarem no cérebro.

### **Visita dia 27/09/2000**

### **Dona Bicota**

M.R., 76 anos, mais conhecida como Dona Bicota, casada com Seu Domingos, 81 anos, 10 filhos ( 6 teve em casa com a mãe, 2 teve com outras parteiras e 2 na maternidade ). Morava no Ribeirão da Ilha e há 20 anos reside no bairro Saco dos Limões.

Há 25 anos atrás um vizinho de 80 anos, antes de se mudar para um asilo, escolheu Dona Bicota para passar a reza, desde então é conhecida por benzer contra “quebrantes” ( mal olhado ) e “afogado” ( de osso de galinha e espinha de peixe ).

Benze crianças e adultos por um período de 3 dias consecutivos com um ramo de três folhas ( cada dia) de qualquer planta.

Relata que existem dois tipos de mal olhado: “o de bem querer e o de mal querer”. “O de bem querer é pior do que o de mal querer”. “As vezes quando benzo certas pessoas dá uma abrição de boca que é quando a pessoa está carregada”.

Um exemplo que dá é de “uma vizinha cega de um olho, que tudo o que ela admirava morria ou ficava doente, desde criança, animais ou plantas”.

Dona Bicota não cobra pela benzedura e vem pessoas de várias localidades procurando-a, até finais de semana. Tanto ela quanto seu marido benzem de “zipra, íngua, calor de figo e picada de cobra”. Diz que quando o marido benze, recomenda que a pessoa não receba visitas, nem mulher grávida.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Eu, Jesselia Oliveira Melo,  
residente na rua Francisco B. de Oliveira nº 120,

autorizo as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC : Viviane Roque Barcellos,  
Eulália Silva e Kariny Alves Schneider a fazer uso de minha imagem e/ou fala para fins  
acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Jesselia Oliveira Melo  
Assinatura da pessoa ou responsável

Florianópolis, 13 de 11 de 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Eu, Nacirema Inez Ramos,

residente na rua R. Custódia Fermino Vieira n.º 74,

autorizo as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC : Viviane Roque Barcellos,  
Eulália Silva e Kariny Alves Schneider a fazer uso de minha imagem e/ou fala para fins  
acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Nacirema Inez Ramos  
Assinatura da pessoa ou responsável

Florianópolis, 27 de 09 de 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Eu, Maria Romana Ramos

residente na rua Custódio Ferreira Vieira nº 185 A,

autorizo as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC : Viviane Roque Barcellos,  
Eulália Silva e Kariny Alves Schneider a fazer uso de minha imagem e/ou fala para fins  
acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Lolide Maria Ramos  
Assinatura da pessoa ou responsável

Florianópolis, 27 de 09 de 2000.

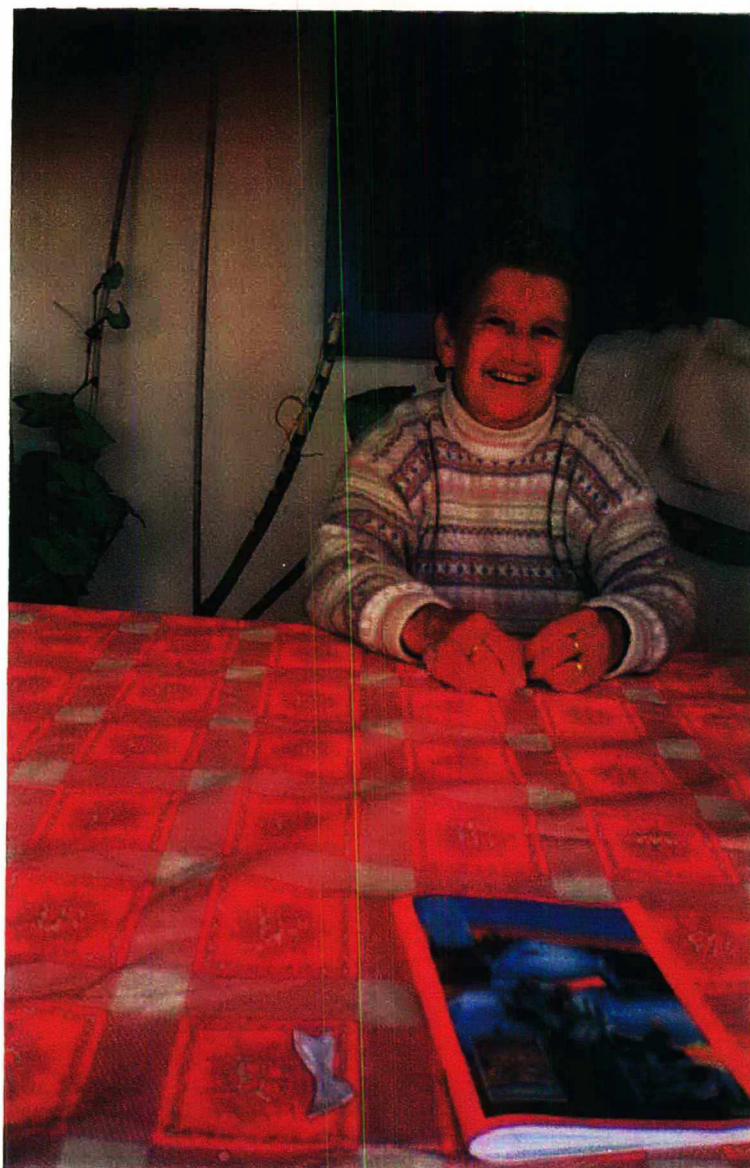


**Dona Rosinha**



Visita dia 26/09/2000

**Dona Narcirema**



Visita dia 27/09/2000

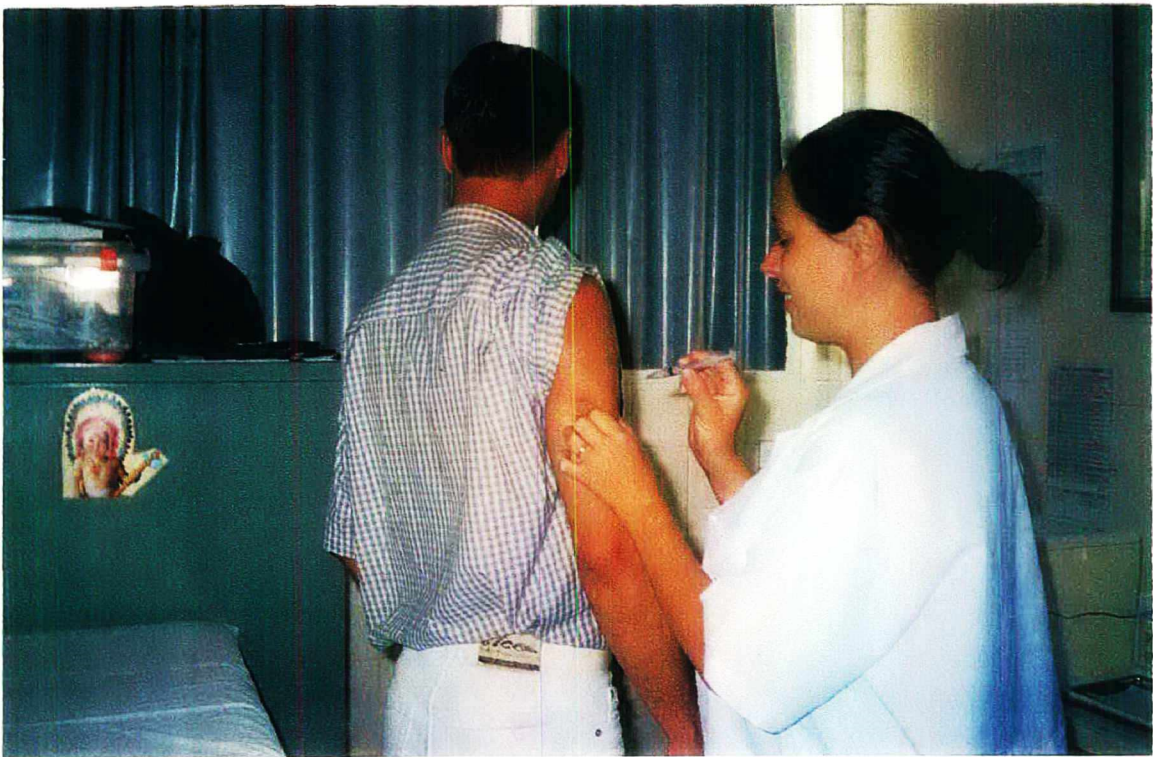
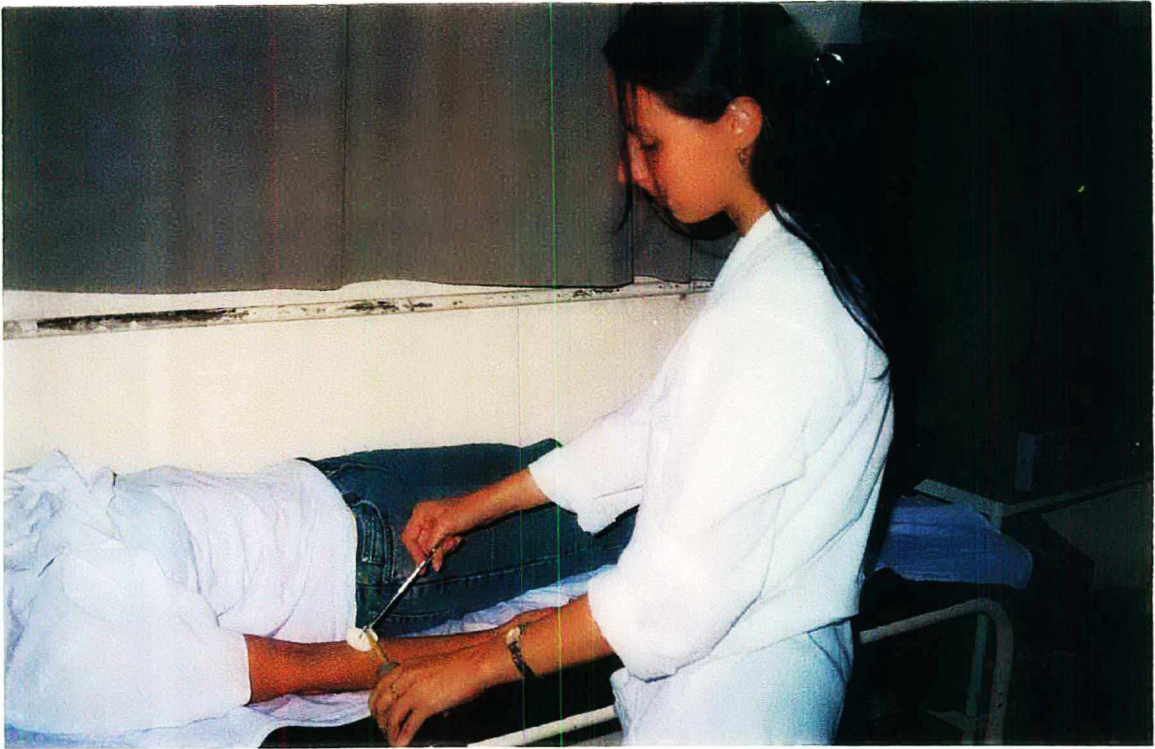
**Dona Bicota**



Visita dia 27/09/2000

## ANEXO 6









## ANEXO 7

# CERTIFICADO

**Congresso Brasileiro** das  
**Conselhos de Enfermagem**

O Conselho Federal de Enfermagem - COFEN, confere ao (a)

Sr.(a) EULALIA SILVA

presente Certificado por ter participado no "III CONGRESSO BRASILEIRO DOS CONSELHOS DE ENFERMAGEM - III CBCENF", realizado na cidade do Rio de Janeiro, no período de 09/10 a 13/10/2000, no curso/oficina sobre **DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM, PRESCRIÇÃO E RESULTADOS EM "HOME CARE"**

Rio de Janeiro, 13 de outubro de 2000.

Gilberto Linhares Teixeira  
Presidente do COFEN

Sergio Luis S. de Oliveira  
Presidente do COREN-RJ

# Congresso Brasileiro Conselhos de Enfermagem

"Dimensões do Cuidar na Perspectiva Ecológica"

**09 a 13 de Out/2000**

## Programa

**Dia 13 de Outubro/2000**

### Salão C1

De 10:00 às 12:00h.

Painel: O Cuidar Sensível na Segurança Pública

Participantes: Oficiais Enf. do HCPM - RJ

Coordenadora: Cons. Najla Maria Gurgel Passos

Secretário: Cons. Joel José da Costa

### Salão C2

De 8:30 às 12:00h. (2º dia)

Curso: Diagnóstico de Enfermagem, Prescrição e Resultados em "HOME CARE"

Coordenador: Profª Silvia Regina T. Pinheiro de Barros  
Profª Isabel Cristina F. da Cruz

Nº de Vagas: 150

### Salão C3

De 09:00 às 12:30h

MOMENTO REFLEXIVO:

Oficina: Cuidado Humano: O Resgate Necessário

Consultora: Enfª. Drª. Vera Regina Waldow

Nº de Vagas: 25

### Salão D1

De 08:30 às 12:00h.

Sessão Pôster

### Salão D5

De 09:00 às 12:00h.

Curso: Diagnóstico e Terapia com Florais

Coordenadora: Enfª Maria Antonieta Benko

Nº de Vagas: 40

### Salão E

De 08:30 às 12:00h.

Mesa Redonda: A Complexidade do Cuidar de Pessoas Portadoras de Dificuldades de Locomoção

Participantes: Drª Genaura Tormin  
Prof. Dr. William C. Machado  
Dr. Nilsom Moraes

Coordenador: Cons. Joacir da Silva

Secretária: Cons. Nilza Tedesco Reis

### Salão F1

De 8:30 às 12:30h.

Curso: Educação Continuada e Saúde

Coordenador: Enf. M.S. Sérgio Luz

Nº de Vagas: 150

### Salão F2 e F3

De 8:30 às 12:00h.

Oficinas: A Ecologia do Ser no Mundo Com os Outros

Oficineiros:

• Mônica Mulatinho - Médica Hebeatra

• Abaetê Cavalcante - Ator

• Carla Furtado - Comunicólogo

• Eduardo Moraes - Psicóloga

• Lana Guedes - Atriz

Nº de Vagas: 100

### Salão G1 (TEMAS LIVRES)

De 08:30 às 12:00h.

### Salão G2 (Lançamento de Livros)

De 08:30 às 12:00

### Salão G3

De 8:30 às 12:00 h (3º dia)

Curso: Hipnose na Enfermagem - Uma Alternativa Possível

Coordenadores: Edmundo Amorim Lins e Eliana Rodrigues de Oliveira e Iara Regina Só Vieira

Nº de Vagas: 30

### Salão H1

De 10:00 às 12:00h.

Painel: O Papel da Equipe Multidisciplinar na Prevenção dos Distúrbios Neuropsicomotores em Neonatal

Participantes:

• Silvia Bento de Mallo Miranda - Neuropediatra

• Maria Elizabeth Gomes Cartolano - Fisioterapeuta

• Márcia Berbert Pulcheri - Fonoaudióloga

• Maria Inês Janella Ferreira da Silva - Enfermeira

• Maria Adelaide Ferraz - Psicóloga

• Ana Maria Chícara de Faria - Médica

Coordenadora: Cons. Mayrlene de Araújo Melo

Secretária: Cons. Rosane Suely

Aristides

Godinho

### Salão H2

De 08:30 às 12:00

Curso: O Novo Olhar da Enfermagem na Promoção da Saúde nas Unidades Neonatais

Coordenadoras: Enfª Andrea de O. Castro

Enfª Carla Beatriz Alves

Nº de Vagas: 150 p/ Técnicos e Auxiliares de Enfermagem

### Salão H3

De 09:00 às 12:15h.

Curso: O Uso Terapêutico dos Cristais

Coordenadora: Psic. Iara Regina Só Vieira

Nº de Vagas: 40

Atenção!

Solenidade de Encerramento

Salão às 12:00 horas.

## ANEXO 8

## -“QUANDO A INTERAÇÃO COM A FAMÍLIA ULTRAPASSA O PORTÃO”.

Eulália Silva\*  
Kariny Alves Schneider\*  
Viviane Roque Barcellos\*

### RESUMO

Este resumo procurou analisar como se dá o processo de interação entre grupos familiares e profissionais da área da saúde. É importante ressaltar que a escolha do tema surgiu a partir de uma dificuldade vivenciada durante a realização de um trabalho assistencial acadêmico com famílias no domicílio onde pudemos perceber a importância da interação, na implementação do processo de cuidar.

Neste artigo procuraremos relatar experiências vividas com uma família na comunidade do Saco dos Limões e abordaremos diversos conceitos de interação que nos deram subsídios para nossas reflexões teóricas e posteriormente desenvolver este trabalho.

Ao final deste, perceberemos a importância da interação entre os(a) enfermeiros(a) e o indivíduo/ família para que ocorra uma relação humana, com abertura e aceitação do outro, dentro de um processo assistencial significativo.

**PALAVRAS CHAVES:** interação, enfermeiro(a), cliente/família, cuidado, cultura, comunicação e relacionamento humanístico.

### INTRODUÇÃO

A família é um grupo social reservado, com crenças e valores próprios, sendo que para que outro indivíduo participe dos desejos, desgostos, anseios, dúvidas, emoções e dificuldades deste grupo, é necessário que ocorra interação.

Achamos conveniente ressaltar esse termo “interação”, partindo de uma dificuldade interativa vivenciada por nós acadêmicas durante a execução de nosso projeto de conclusão de curso de graduação em enfermagem da UFSC, realizado na disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, que tem como tema “Cuidando de Famílias na Comunidade à Luz da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger”, realizado na comunidade do Saco dos Limões, no período de 13 de setembro á 17 de novembro

---

\* Formandas do ano de 2.000/2 do curso de enfermagem da UFSC ( Universidades Federal de Santa Catarina ).

---



Esse projeto teve como um dos objetivos selecionar famílias que tivessem em sua composição um idoso, uma criança e uma gestante, para que pudéssemos aplicar o processo de cuidar proposto por Dra. Leininger.

Para conhecermos as famílias a serem trabalhadas, elaboramos um instrumento para coleta de dados, onde seriam levantados os problemas referentes a cada membro da família. Para que ocorresse o estabelecimento de um vínculo com o informante chave da família, seria necessário que este nos conhecesse, aceitasse e confiasse em nosso trabalho; para que pudéssemos interagir com cada membro da família, conhecer seus problemas e elaborar um plano de cuidados, culturalmente significativo.

Buscamos nos aprofundar nos temas referentes ao assunto como; cuidado humano, interação enfermeiro/cliente, ser que cuida e que é cuidado, comunicação, família como foco de cuidado de enfermagem e cultura, para que tivéssemos respaldo ao desenvolver o tema escolhido. Sentimos necessidade de enriquecer nossos conhecimentos no que diz respeito aos conceitos de interação, proposto por alguns teóricos que estudaram e escreveram sobre o assunto. Destacamos alguns conceitos sobre a interação humana que iluminaram as reflexões teóricas e que subsidiaram este trabalho:

Freire, *“considera a interação humana como uma colaboração e lhe confere uma característica dialógica no processo ensino aprendizagem”* (Freire apud Alonso, 1999 p. 204).

Para Jennings e Meleis *“a interação humana traduz a essência da enfermagem, na dinâmica da comunicação e se processa à medida em que o enfermeiro se relaciona com seu paciente”*. Elas consideram este processo influenciado por determinantes culturais e ambientais (Jennings e Meleis apud Alonso, 1999 p. 204).

Segundo, Nightingale, *“o estado emocional do paciente é facilmente influenciado pelos meios físico e social”*, para que ocorra a interação entre enfermeiro e paciente, é necessário que se estabeleça comunicação e uma atitude de respeito para com o indivíduo. Ela destaca também a importância do enfermeiro se colocar no lugar do outro. Em sua teoria é evidenciado a comunicação não-verbal entre o enfermeiro e paciente no processo interativo. O enfermeiro deve compreender toda mudança de fisionomia, atitudes e tom de voz de seu paciente, e tornar-se confiável para ele (Nightingale apud Alonso, 1999 p. 205).

Alonso, 1999, considera a interação humana um processo de relação de troca, reciprocidade, colaboração e comunicação.

Já para Dra. Leininger, *“a interação humana ocorre quando o enfermeiro e o cliente preservam, negociam ou repadronizam o cuidado cultural”*. Para um cuidado congruente, o enfermeiro deve conhecer hábitos, crenças, normas e práticas de vida dos seus pacientes e também deve estar ciente de seus próprios hábitos e valores culturais para que ocorra uma

interação harmoniosa. A interação humana é algo inerente ao ato de cuidar do ser humano, incorporado nos elementos do cuidado também utilizados

pelo enfermeiro com: respeito, amor, ajuda, confiança, simpatia, compaixão, sustentação e como característica de comportamentos do enfermeiro para com o paciente, a empatia, o apoio, a proteção, a ajuda e a educação dependendo das necessidades, valores e metas de quem está sendo cuidado (Leininger apud Alonso, 1999 p.206).

A teórica King, evidencia a interação pessoal como sendo um *“processo dinâmico entre enfermeiro e cliente, já que considera o objetivo da enfermagem o cuidado a seres humanos interagindo com o meio ambiente”*. Ela visualiza a interação humana como uma experiência única por ocorrer em tempo, local e circunstâncias que não se repetem. “Um dos elementos essenciais é a comunicação, que é um processo de transição, informação e intercâmbio de pensamentos e opiniões entre indivíduos de forma verbal ou não verbal” (King apud Alonso 1999, p. 207).

Assim, enfermeiro e paciente compartilham informações para atingir o objetivo de atender às necessidades básicas do paciente membro de família e/ou grupo, tendo o enfermeiro a responsabilidade de compartilhar informações que auxiliarão os clientes a tomarem decisões a respeito de seus cuidados de saúde. A interação do paciente e enfermeiro é inerente à qualidade do cuidado.

Para Rogers, a interação humana está relacionada diretamente com o ambiente dentro de um processo de troca de matéria e energia; *“o enfermeiro pode ser visto como um componente ambiental do cliente, interagindo contínua e integralmente com objetivo de repadronizar o enfermeiro e o cliente de forma mais complexa”*. Com essa interação mútua poderá ser contempladas necessidades, expectativas e possibilidades do cliente e do enfermeiro numa participação efetiva e integral de ambos no processo de enfermagem (Rogers apud Alonso, 1999 p. 208).

Esta breve base teórica nos forneceu um suporte importante para a compreensão das nossas vivências na prática assistencial.

## ULTRAPASSANDO BARREIRAS

Quando escolhemos trabalhar com famílias, não tínhamos noção das dificuldades que iríamos encontrar, porém sabíamos que seria prazeroso. O problema estava apenas começando... as dificuldades já se iniciaram no primeiro contato com uma das famílias selecionadas, que aqui receberá a denominação de Jasmim.

Esta é uma família composta por quatro membros. O pai (membro A) que foi o informante chave, a mãe/madrasta (membro B), o filho (membro C) e a filha somente por parte de pai (membro D).

Segundo Osório, 1996, trata-se de uma família reconstituída por ser formada a partir de uma viuvez e apresenta papel conjugal porque os papéis do homem e da mulher se misturam. Ambos são responsáveis pelo trabalho caseiro e sustento da família.

Em um primeiro contato com a família Jasmim, se fez presente uma agente comunitária de saúde, que já acompanhava esta a um certo tempo e já havia conquistado vínculos de confiança e aceitação por parte desta. Por este motivo fomos bem recebidas e



conseguimos, “passar do portão”, fato este, que nos fez acreditar que um vínculo entre nós e a família já havia se estabelecido, abrindo espaço para um novo contato. Em um segundo momento, percebemos que estávamos enganadas e que para que conquistássemos espaço neste âmbito familiar, precisaríamos de mais tempo para estabelecer uma relação de confiança e posteriormente de aceitação, nesta visita nem ao menos conseguimos “passar do portão”.

Este fato tão instigante, levou – nos a uma reflexão sobre o que poderia facilitar ou dificultar o nosso acesso interativo a esta família.

Ao entrar no seio familiar, nos deparamos com desejos, desgostos, anseios, sonhos, dúvidas, emoções, culturas diferentes; e nós que somos únicas, enquanto cuidadoras, também carregamos conosco nossa bagagem. É nessa diversificada teia de ações, posições e reflexões onde encontramos a complexidade do relacionamento humano e da interação entre as pessoas. Ao trabalhar com o processo educativo cultural nas famílias, devemos tomar cuidado em não tropeçar e atropelar os limites do outro, mas sim respeitar as individualidades e as vezes até mesmo silenciar, pois “*o silêncio tem sua própria linguagem, onde a fantasia pode gerar temores ou deslumbrar fantásticos caminhos, onde o risco maior pode ser o conhecimento do outro como um espelho de si mesmo, onde errar é aprender, construindo a competência com a incompetência*” (Freire apud Alonso. 1999, p. 128).

A interação no cuidado também enquadra-se numa abordagem antropológica pois através de cuidado de enfermagem “é percebido dois universos humanos, dois mundos sócio - culturais em interação entre duas pessoas, portadoras desse universo que comunicam-se, que agem e interagem” (Lalanda, 1995, p. 28).

No processo de cuidar, há o envolvimento emocional, com troca de sentimentos podendo ser chamado de empatia. Esta proporciona envolvimento, acolhimento e recepção. Mas nesta relação, não apenas existe a presença da emoção, há também o raciocínio e a lógica, sendo que muitas vezes, estes ficam obscuros pela primeira.

Em um terceiro contato, após o informante chave da família ter apresentado resistência, nós insistimos e conseguimos ultrapassar a barreira do portão e fomos melhor recebidas, mas sentimos que o vínculo de interação com a família não estava totalmente formado.

Percebemos que, para facilitar a interação na cultura e no viver cotidiano da família, a confiança mútua entre as pessoas e a autenticidade são fundamentais. É dentro desta interação que a enfermeira e familiares se percebem, partilham o significado de suas idéias, de seus pensamentos e de seus propósitos. Partilhando idéias e comunicando-se de maneira verbal e não verbal, o indivíduo atribui significado às coisas ou as altera em função desta comunicação com os outros.

A captação das manifestações verbais ou não verbais dos familiares, relacionadas aos mais diversos sentimentos, geralmente pouco explícitas, é que nos proporcionam suporte para mediar as situações de conflitos e impasses, estimular, incentivar e perceber a família; bem como acelerar ou retardar esforços, iniciativas, energias e ações.

Quando o enfermeiro entra no âmbito familiar, e interage com esta família, permite um relacionamento mais humano com esta. A interação humana, é abordada na enfermagem, sendo nas relações de enfermeiro/cliente, na família ou comunidade e até mesmo nas relações dos homens com o mundo.

A partir do quarto contato, a relação de receptividade e confiança já havia se estabelecido, pois nos inserimos na família como fonte de apoio no sentido de promover a independência de cada membro da família, favorecendo o auto cuidado. Percebemos

interesse por parte da família em realizar as orientações dadas por nós, interesse este conquistado através da confiança.

Segundo Waldow, o cuidado implica numa relação interpessoal constituída de atitudes humanas nem sempre previsíveis e que não devem ser pré estabelecidas, tendo em vista que o ser humano é um ser único e potencialmente criativo.

De acordo com Leininger, as pessoas desenvolvem comportamentos de cuidar, e a forma com que expressam está ligada a padrões culturais (Leininger apud Waldow, 1999, p. 130).

Para o enfermeiro conhecer os rituais, hábitos, padrões de comportamentos de cuidado, é de extrema importância, pois auxiliam na forma como se desenvolverá o processo de cuidar, uma vez relevados pela cuidadora pois ela conhecendo sobre a cultura do cliente estará mais apta a entender certas atitudes e comportamentos da clientela, proporcionando um cuidado realmente significativo. O conhecimento sobre a cultura fornece muita ajuda e demonstra interesse e sensibilidade por parte da cuidadora.

Cada família cria sua própria prática de cuidados através de experiências vividas, do meio cultural em que nasceu e que hoje está inserida e de suas condições sócio-econômicas. Desta forma as famílias podem utilizar tratamento terapêutico alternativo (chás caseiros, benzedoras, rezas, fé) ou tratamento científico (medicina, enfermagem, odontologia e outros) ou ambos.

Quando ocorre a miscigenação de cuidados (cultural e científico) há troca de experiências e conhecimentos, onde este cuidado pode ser mantido, negociado ou repadronizado. Mas, estas famílias ainda são muito discriminadas pela própria equipe multiprofissional, por fazerem uso do cuidado cultural, sendo que este não é explicado cientificamente. O ideal seria que ambos trabalhassem juntos, em parceria, compartilhando seus conhecimentos cultural e científico e assim, alcançariam o objetivo que é comum aos dois, melhoria nas condições de saúde e na qualidade de vida.

E na busca desta qualidade de vida e com o estabelecimento da empatia devemos procurar manter um cuidado formal. Na conquista de certa intimidade, o suficiente para possibilitar um relacionamento interpessoal; familiares e enfermeiro devem saber distinguir um limiar muito sensível entre intimidade pessoal e particular. Isto se fez necessário para tornar possível o olhar crítico do profissional sobre a realidade da família, que no seu aspecto evolutivo, bem como para monitorar o dinamismo das relações

No cuidado de famílias a comunicação é essencial, e notamos que os indivíduos, ao sentir confiança no outro, compartilham com maior facilidade seus problemas e procuram no enfermeiro o ouvido que sanará suas angústias. Não devemos ter pressa no atendimento dessa necessidade. "Mais importante que o tempo dispensado ao paciente, talvez seja a ausência de pressa e a maneira tranqüila da enfermeira na sua presença"(Barrett apud Amorim, 1979, p. 363).

A comunicação e o uso terapêutico de si mesmo representam técnicas influentes e insubstituíveis para o enfermeiro na assistência à família. Os resultados dependerão de sua habilidade na aplicação destas técnicas e conhecimento sobre os temas que serão abordados.

O ser cuidado quer e precisa ter um tratamento humanístico. Para haver uma comunicação eficaz, necessitamos saber como e quando escutar, reconhecer e valorizar os sentimentos do outro, dar apoio, perguntar e contestar, conduzir a conversa através dos temas traçados e temas desejados pelo familiar.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Na partilha das idéias, na exposição dos problemas, suas preocupações e conflitos, o enfermeiro está mais apto para ouvir, compreender, incentivar e orientar o(s) integrante(s) desta família.

Segundo Waldow, 1992, p. 31; *“a pessoa que cuida apresenta uma atitude de reciprocidade a qual é respondida e requerida, também pela pessoa que é cuidada. Esta relação envolve comprometimento. O ser que é cuidado responde à presença do ser que cuida e esta resposta evidentemente variará de acordo com a forma como a relação de cuidado é iniciada”*.

Na interação com indivíduo/família deve-se levar em conta a pessoa, não apenas o corpo biológico, mas a individualidade psicológica, sócio - cultural e espiritual, através de uma comunicação/interação. *“Comunicar enquanto arte profissional tem de se aprender, analisar. Adaptar e sobretudo treinar e o enfermeiro tem de recorrer a essa arte na sua prática quotidiana, não como instrumento terapêutico mas como atitude terapêutica”* (Lalanda, 1995, p. 29).

O cuidado conquistado a partir da interação pode ser influenciado por fatores tanto tradicionais quanto emocionais, inerentes aos indivíduos envolvidos. A interação e o carinho para com a família mais que requisitos profissionais são atributos humanos que descaracterizam o cuidado como uma tarefa técnica.

As teorias descritas neste trabalho que foram analisadas por Alonso, 1999, afirmam a importância da interação humana entre enfermeiro e cliente na prática assistencial de enfermagem. É abordando também o *“papel participativo e dinâmico do cliente que interage com o enfermeiro atuando na opção, decisão e estabelecimento de objetivos com relação ao cuidado de sua saúde”*.

A enfermagem precisa tanto do conhecimento científico, da habilidade para execução das técnicas, como da parte emocional, na troca de sentimentos, de uma face expressiva e comunicativa, pois ambos podem restaurar a vida ou tornar o momento de interação menos dificultoso. Mas esse não deve ser apenas o papel da enfermagem, e sim de toda a equipe multiprofissional, pois cuidar de famílias necessita de tempo, devido a sua complexidade.

Segundo Ferlic *“Se somente a ênfase científica fosse considerada, a filosofia de enfermagem seria impessoal e pragmática. Os aspectos científicos de enfermagem são importantes, porém muito mais importantes são o paciente e o relacionamento pessoa – pessoa, inerente ao cuidado profissional de enfermagem”*. Estas palavras traduzem a importância da sensibilidade como característica imprescindível ao enfermeiro para que haja uma interação humana efetiva com o paciente. ( Amorim, 1979, p.359 )

Para finalizar esta uma reflexão se faz necessário, que profissionais da enfermagem procurem refletir acerca dos princípios humanos e éticos nesta interação com famílias e que associem sempre o exercício de suas funções, a cultura do outro, o elemento espiritual o respeito à dignidade humana e à justiça social à assistência prestada.

## REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.

-ALONSO, Ilca Keller. O processo educativo em saúde na dimensão grupal. Texto em Contexto. Florianópolis.nº.1. vol.8.p. 122-132. janeiro/abril, 1999.

- ALTHOFF, Coleta Renaldi et al. Família: o foco de cuidado na enfermagem. Texto e Contexto. Florianópolis, nº.2. vol.7. p.320-327. maio/agosto, 1998.
- AMORIM, Maria José Arleó Barbosa. Enfermagem-profissão humanitária. Rev. Brasileira de enfermagem. nº.4. p.359-366. outubro/novembro/dezembro, 1979.
- LALANDA, Piedade. A interação enfermeiro doente uma abordagem bioantropológica Nursing, revista técnica de enfermagem. nº. 88. p.28-32. maio, 1995
- OSÓRIO, Luís Carlos. Família Hoje. Porto Alegre: Artes Médicas, p. 14-22 e 53-57. 1996.
- SANTIN, Silvino. Cuidado e/ou conforto: um paradigma para a enfermagem, desenvolvido segundo o costume dos filósofos. Texto e Contexto. Florianópolis. nº2. vol 7. p.111-132. maio/agosto, 1998.
- WALDOW, Vera Regina. O ser que cuida e o ser que é cuidado. Rev. Gaúcha de enfermagem, Porto Alegre. nº 2 .vol.13. p.31. julho, 1992.
- WALDOW, Vera Regina. Cuidado Humano, o resgate necessário. 2ed. Porto Alegre: Sagra Luzzatto. P.110-111 e 130-131, 1999.

## ANEXO 9

## PROGRAMA CAPITAL CRIANÇA

Trata-se de um programa do setor público, com ações integrais, voltadas à saúde materna e da criança; prioriza as ações básicas e coletivas de saúde de modo a promover a maternidade segura, aliada ao crescimento e desenvolvimento saudável da criança.

O mesmo foi idealizado com o objetivo geral de reduzir a morbidade e o número de mortes evitáveis nos grupos materno e infantil de 0 à 5 anos de idade, pelo redimensionamento e qualificação da assistência à saúde do município.

Na prática o programa tem o início de seu funcionamento na comunidade, com as gestantes, que são seu principal enfoque. O atendimento pré-natal é prioridade. A consulta é garantida através de agendamento. No primeiro contato da gestante ao Centro de Saúde é garantido o seu registro em prontuário contendo a ficha perinatal, a ficha de evolução e o cartão da gestante. O agendamento para consulta médica, de enfermagem, odontológica ou com outro profissional da equipe de saúde, é feito conforme a organização do Centro de Saúde.

A consulta de pré-natal é de competência do clínico geral e enfermeiro, de forma alternada, na assistência do pré-natal de baixo risco, e ginecologista/obstetra na assistência de baixo e alto risco.

O total de consultas é de no mínimo seis, com intervalo de quatro semanas entre elas, até a 38ª semana de gestação e, a partir daí, quinzenal ou semanalmente, até o prazo da gestação de 42 semanas.

O acolhimento é feito pela equipe de enfermagem que verifica: sinais vitais, peso, presença de edema, queixas, (atentando para: cefaléia, distúrbios visuais, tonturas, dor abdominal, sangramento, perda de líquidos), presença de hipertensão, diabetes, cardiopatias, ausência de movimentos fetais e contractilidade uterina. Estas ações permitem identificar possíveis fatores de risco para realização de uma consulta médica de urgência ou encaminhamento da gestante para serviços de emergência.

Logo após a gestante é agendada para consulta com enfermeiro, que solicita o  $\beta$ HCG (teste de gravidez) se esta não estiver confirmada; quando confirmada solicita exames laboratoriais básicos cujos resultados deverão ser apresentados na 1ª consulta médica.

O atendimento odontológico à gestante também é garantido. Se elas iniciarem o pré-natal até a 12ª semana de gestação é viabilizado o tratamento completo (em atenção primária).

Está disponível a todas as gestantes um exame de ultra-sonografia obstétrica para avaliação da vitalidade fetal em torno da 20ª semana de gestação.

A implantação da consulta pediátrica pré-natal em torno da 34ª semana é uma ação inovadora, onde são abordados temas relativos aos cuidados com o recém nascido.

Durante o período de internação as puérperas recebem a visita de um agente de saúde para entrega de um "Kit saúde", contendo material básico para os primeiros cuidados com o recém nascido. Nesta visita o agente de saúde agenda a primeira consulta para a mãe e o recém nascido entre o 7º e 10º dia de pós parto, onde é feito uma primeira avaliação e inicia-se um controle de vigilância no estado de saúde de ambos.

São garantidas duas consultas puerperais a todas as gestantes, no centro de saúde de origem, onde é feito aconselhamento, avaliação, e estimulação para o aleitamento materno, bem como suas queixas e orientações quanto aos métodos contraceptivos. Estas consultas são realizadas a primeira pelo enfermeiro e a segunda pelo obstetra. Na Segunda consulta

em torno de 45 dias pós parto, são reforçados as orientações sobre o aleitamento materno e métodos contraceptivos. É realizada a revisão pós parto, incluindo exame ginecológico.

O acompanhamento do recém nascido é feito mensalmente durante o primeiro ano de vida, trimestralmente de um ano à dois anos e seis meses e semestralmente de dois anos e seis meses à cinco anos. Ocorre uma alternância entre a consulta médica e de enfermagem.

Do 7º ao 10º dia de vida é realizada a consulta neonatal precoce de competência do pediatra, ou clínico geral ou médico da família. A criança é trazida ao centro de saúde portando o cartão do SUS e caderneta de saúde. É aberto prontuário e feito o cadastro no Programa Capital Criança. Antes da consulta médica são verificados dados antropométricos; peso, perímetro cefálico e estatura que são registrados no gráfico da caderneta de saúde da criança. Neste momento a criança é encaminhada para o teste do pezinho, vacinação (BCG e hepatite B), é agendado retorno, e consulta odontológica.

As crianças cadastradas no Programa Capital Criança tem garantidas duas consultas odontológicas anuais. A primeira consulta em torno do 30º dia de vida e a Segunda agendada no 6º mês de vida.

### **SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**

O SISVAN por definição é um sistema que visa o acompanhamento do estado nutricional de todas as crianças com idade entre 0 e 5 anos que frequentam a rede municipal de saúde e todas as gestantes que fazem o pré-natal na rede municipal de saúde; interferindo sempre que necessário a fim de evitar agravos nutricionais.

O cadastramento no SISVAN deverá ser feito no mapa de acompanhamento nutricional, onde todos os dados devem ser anotados corretamente, mensalmente, e serem enviados ao nível até o 5º dia útil de cada mês, através do mapa de controle estatístico do SISVAN.

Para avaliação nutricional das crianças, utiliza-se a relação peso para a idade, sendo que o instrumento utilizado é o cartão da criança, que segue

Existem quatro situações distintas no gráfico do cartão da criança:

- peso acima da linha superior do gráfico, significa que a criança está com sobrepeso;
- peso entre as duas linhas do gráfico, criança com peso para a idade satisfatório;
- peso abaixo da linha inferior do gráfico, criança com risco nutricional;
- entende-se ainda por risco nutricional, quando após duas consultas o peso da criança se mantiver o mesmo.

A avaliação nutricional das gestantes será feita através da relação peso/altura em relação à idade gestacional, o instrumento usado é o normograma de Rosso e o gráfico do cartão da gestante.

São três as classificações para o estado nutricional das gestantes:

- percentual do peso materno para altura acima da linha superior do gráfico (área C do gráfico), gestante com sobrepeso;
- percentual do peso materno para altura abaixo da linha inferior do gráfico (área B do gráfico), gestante com ganho de peso satisfatório;

- percentual do peso materno para altura abaixo da linha inferior do gráfico (área A do gráfico), gestante em risco nutricional.

### Suplementação Alimentar

A suplementação alimentar, é o acréscimo de algum produto à alimentação normal de um indivíduo, para suprir uma deficiência nesta alimentação.

Atualmente a Prefeitura Municipal de Florianópolis possui os seguintes programas de suplementação alimentar:

- Programa de Combate as Carências Nutricionais (Programa do Leite);
- Programa Hora de Comer;
- Programa de Suplementação Alimentar para Crianças e Gestantes Soropositivas; e
- Programa de Leites Especiais.

Cada situação encontrada durante a avaliação nutricional requer um encaminhamento diferenciado.

### Criança

Com sobre peso deverá ser encaminhada à consulta de pediatria para avaliação clínica e bioquímica.

Com peso normal para idade, agendar para retorno ao SISVAN, de acordo com o cronograma de imunização.

Com baixo peso, deverá ser encaminhada à consulta de pediatria para avaliação clínica e bioquímica. Encaminhar ao programa se suplementação alimentar. Quando apresentar relação peso para idade inferior ou igual ao percentil zero – fazer notificação compulsória deste caso.

### Gestante

Se apresentar baixo peso, encaminhar para o programa de suplementação alimentar.

### **Programa do Leite**

A população beneficiada pelo Plano de Combate às Carências Nutricionais, constitui-se no grupo de crianças, na faixa etária de 6 à 23 meses detectadas em risco nutricional (percentil < que 10 da tabela do NCHS – peso/idade) e gestantes com baixo peso (ver normograma).

As crianças recebem de suplemento alimentar, 3,6Kg de leite integral e 1 lata de óleo; as gestantes recebem 1,8 Kg de leite integral.

As crianças que entram no programa antes de 1 ano de idade, são desligadas do mesmo ao completar 24 meses. Aquelas que entram com idade superior a 1 ano, permanecerão no programa por um período de, pelo menos, 1 ano. As gestantes são desligadas a partir do nascimento do bebê.



Normatização da entrega do suplemento alimentar.

- A criança deverá passar por acompanhamento médico e antropométrico mensal e deverá estar com calendário de vacinas em dia.
- Através de formulário próprio do programa, a criança deverá ser encaminhada para cadastramento e recebimento do suplemento alimentar com as assistentes sociais de referência: pessoas residentes na ilha encaminhar para o CS II Centro, e as residentes no continente, encaminhar para a Policlínica do Estreito.
- As assistentes sociais deverão enviar relatório, mensal, dos atendimentos para a coordenação do SISVAN, para que se processo a avaliação e o acompanhamento nutricional da clientela atendida.
- A coordenação do SISVAN deverá devolver, para as assistentes sociais e para a rede básica, os relatórios da avaliação nutricional dos pacientes.

### **Programa Hora de Comer**

Hora de comer é um programa de suplementação alimentar com atendimento multidisciplinar, que visa a recuperação das carências nutricionais em crianças, na faixa etária de 2 a 6 anos.

Rotinas do Programa.

- Avaliação antropométrica mensal.
- Consulta clínica mensal.
- Reuniões educativas mensais com as famílias.
- Entrega de uma cesta nutricional mensalmente, contendo os seguintes alimentos: açúcar, aveia, amendoim, arroz, biscoito, frango, frutas, feijão, gelatina, leite, farinha de trigo, margarina, óleo, ovos, sal, verduras e macarrão.

O critério de inclusão no programa é clínico, ou seja, somente deverão ser encaminhadas para o cadastramento no programa, as crianças que estiverem com baixo peso (percentil < 10), respeitando-se a faixa etária estipulada (2 a 6 anos).

O critério para o desligamento também é clínico, só podendo ser desligadas do programa as crianças que estiverem com peso normal. Este desligamento será feito pelo médico ou nutricionista, obedecendo os prazos de segurança estabelecidos pelo programa: a criança continua recebendo a cesta por dois meses após ter alcançado o peso considerado normal para sua idade. No caso de crianças com sobre peso o desligamento deverá ser imediato.

### **Programa de Suplementação Alimentar para Crianças e Gestantes Soropositivas**

Normatização

Faixa etária de 0 a 6 meses, se filhos de mães soropositivas, recebem leite Nan I, de 10 a 14 latas, conforme a necessidade do paciente.

De 6 a 18 meses, se filhos de mães soropositivas, independente da criança ser soropositiva, recebe uma cesta nutricional com os seguintes alimentos: 2 Kg de açúcar, 1 Kg de farinha de aveia, 1 pacote de amendoim descascado, 2 Kg de arroz, 1 pacote de biscoito 500g, 1 Kg de farinha de mandioca, 2 Kg de farinha de trigo, 1 Kg de fubá de milho, 2 Kg de feijão, 8 caixas de gelatina, 3 Kg de leite integral, 2 Kg de massa com ovos, 1 lata de óleo de soja, 1 lata de melado (1000 ml), 1 Kg de sal e 10 latas de sardinhas com molho.  
OBS: se necessário o médico poderá prescrever mais 3 latas de Nan II.

Caso a criança apresente baixo peso (sinais de desnutrição), poderá ser encaminhada para o programa de combate as carências nutricionais (Programa Leite é Saúde) e receberá mais 3.800 g de leite integral e uma lata de óleo de soja.

De 18 meses a 13 anos, se a criança for soropositiva, recebe uma cesta nutricional, com os mesmos itens acima citados.

O leite Nan será entregue obedecendo as rotinas de Programa dos Leites Especiais.

### **Programas Leites Especiais**

Este programa tem como objetivo, a recuperação de crianças com distúrbios nutricionais específicos como: alergia à proteína do leite de vaca, intolerância a lactose, perda gastrointestinal de sangue, síndrome diarreico, síndrome de má absorção e desnutrição.

#### **Normatização**

As crianças elegíveis para o programa são os lactentes que apresentares sinais de intolerância a proteína do leite de vaca ou alergia alimentar, sinais de intolerância a lactose, sejam crianças filhas de mães soropositivas e crianças com problemas dermatológicos sérios. Sendo detectados qualquer um dos sintomas acima citados, o médico do centro de saúde deverá encaminhar a criança para consulta com médicos de referência do programa de leites especiais.

#### **Leites disponíveis no Programa**

Leite Nan I e II – crianças filhas de mãe soropositivas.

AL 110 – intolerância a lactose.

Alfaré – diversos distúrbios nutricionais.

Alsoy – alergia ao leite de vaca.

Óleo trigliceryl – aumenta o valor calórico dos alimentos.

### **PROGRAMA DE AGENTES COMUNITÁRIOS DE SAÚDE (PACS)**

Tem como foco principal, proporcionar à população o acesso e a universalização do atendimento à saúde, descentralizando as ações.

Prioriza o atendimento a crianças e gestantes, pois os maiores índices de mortalidade em regiões carentes se concentram nas crianças menores de 5 anos, sendo que algumas doenças se originam ainda na gravidez.

Todo o processo de implementação e de funcionamento do PACS conta com recursos, orientação e apoio dos três níveis de governo(municipal, estadual,e federal). Sendo que o

município que opta pela implantação do PACS, promove a seleção dos agentes na comunidade e proporciona treinamento a eles.

Cada agente comunitário de saúde (ACS) pode acompanhar de 100 a 150 famílias na zona rural e 200 a 250 famílias na zona urbana, sendo assim, o número de ACS será definido de acordo com o número de famílias residentes na região a ser atendida.

Quando for trabalhar, o ACS, deverá sair com a roupa e o crachá de identificação, a prancheta e as fichas do Sistema de Informação. O Programa (PACS) deveria fornecer:

- Balança, para pesar as crianças em suas casas;
- Cronômetro, para verificar a frequência respiratória, se necessário;
- Termômetro;
- Fita métrica.

Para ser ACS deve conhecer muito bem a comunidade em que vive, Ter espírito de liderança e de solidariedade, além de:

- Ter idade mínima de 18 anos;
- Saber ler e escrever;
- Residir na comunidade há pelo menos dois anos;
- Ter disponibilidade de tempo integral para exercer suas atividades.

O ACS recebe pelo seu trabalho, pelo menos, um (1) salário mínimo. Os recursos para efetuar o pagamento provêm do Governo Federal, Estadual e Municipal.

O responsável pela capacitação dos ACS é o enfermeiro, que atua como instrutor-supervisor. Além de treinar os agentes, ele também acompanha sua atuação e reorienta as ações de acordo com as necessidades constatadas. Toda a equipe de profissionais de saúde da Unidade Básica de Referência dos ACS também participa do processo de treinamento.

As principais atribuições dos ACS:

- Cadastrar todas as famílias em sua área de atuação;
- Visitar no mínimo uma vez por mês cada família, aumentando essa frequência quando surgir uma situação que requeira atenção especial;
- Verificar o cartão de vacinação mensalmente; se as aplicações estiverem atrasadas, encaminhar a criança para o Centro de Saúde;
- Orientar a família em relação ao uso do soro de reidratação oral e à adoção de medidas de prevenção de diarreias, como estratégia para evitar quadros de desidratação;
- Dar orientação para evitar infecções respiratórias agudas, que podem evoluir para uma pneumonia;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Identificar as gestantes e encaminhá-las para o acompanhamento pré-natal. Depois disso, verificar mensalmente se as consultas estão sendo feitas;
- Explicar a importância da vacinação anti-tetânica na gravidez, para evitar o tétano em recém-nascidos e encaminhar a gestante para a vacinação;
- Orientar as mulheres em idade fértil em relação aos riscos de câncer de mama e do colo uterino e encaminhá-las para exames de controle;
- Dar orientação acerca de métodos de planejamento familiar;
- Orientar quanto as formas de prevenção das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e da Aids;

- Dar assistência aos doentes que estiverem em tratamento no Centro de Saúde.





## FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA AVALIAÇÃO ANTROPOMÉTRICA DA GESTAÇÃO

Nº Prontuário: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Data de nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data da última menstruação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

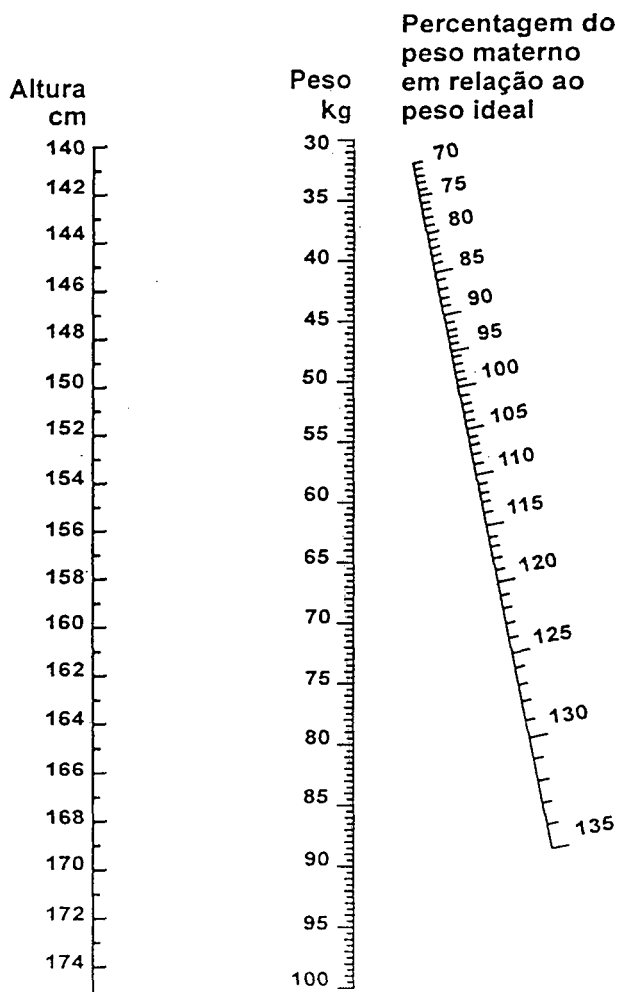
Altura: \_\_\_\_\_ cm

Peso antes da gravidez: \_\_\_\_\_ kg

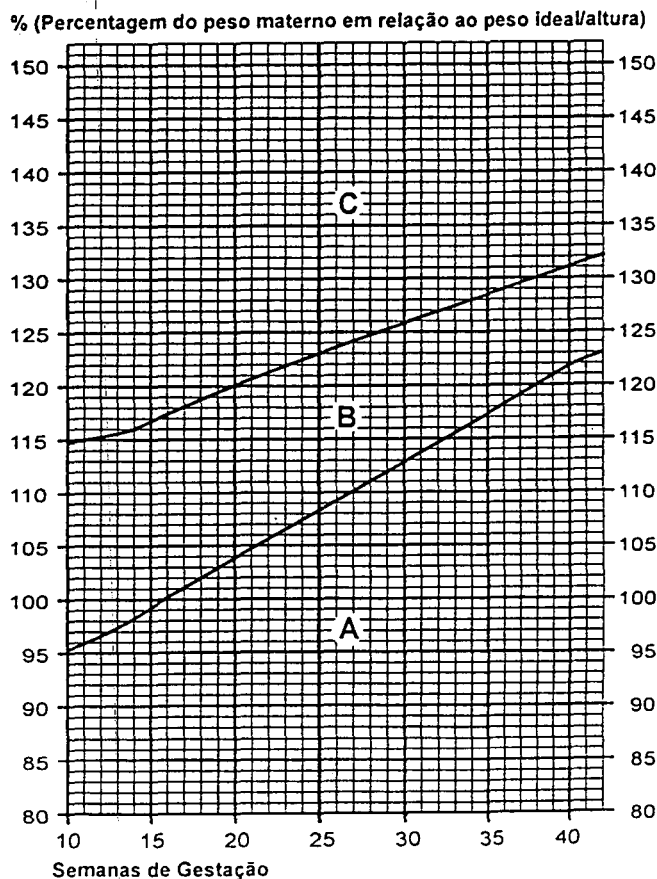
CONSULTA	DATA	PESO
1 <sup>a</sup>		
2 <sup>a</sup>		
3 <sup>a</sup>		
4 <sup>a</sup>		

CONSULTA	DATA	PESO
5 <sup>a</sup>		
6 <sup>a</sup>		
7 <sup>a</sup>		
8 <sup>a</sup>		

### NOMOGRAMA



### CURVA DE PESO / IDADE GESTACIONAL



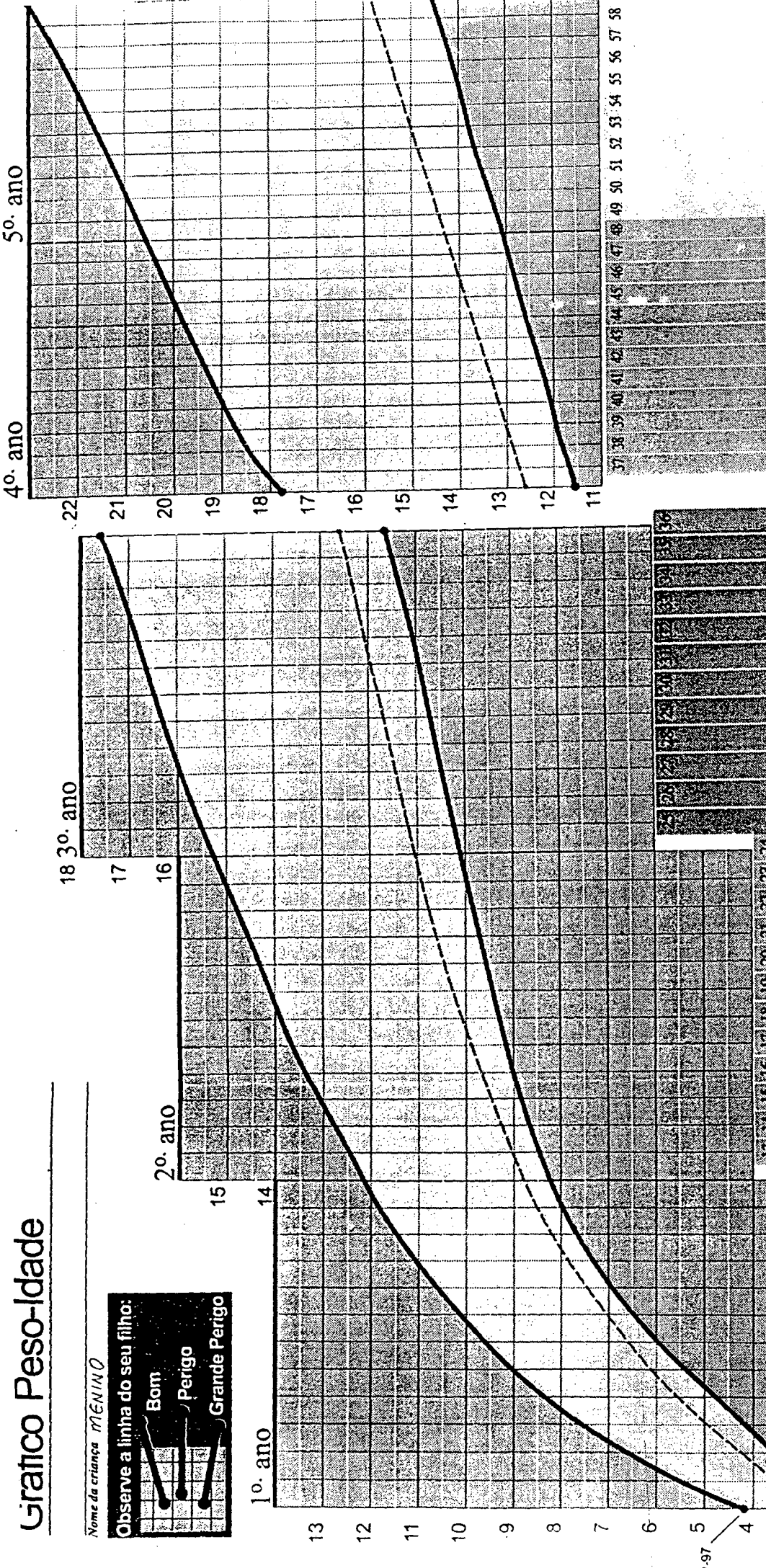
A - peso baixo    B - peso normal    C - sobrepeso

# Gráfico Peso-Idade

Nome da criança **MENINO**

Observe a linha do seu filho:

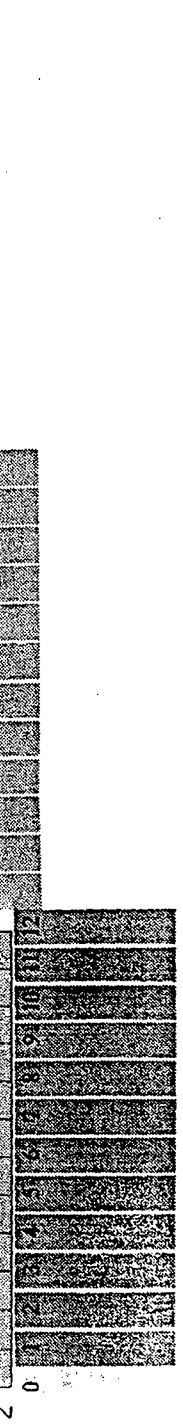
- Bom** (linha sólida)
- Perigo** (linha tracejada)
- Grande Perigo** (linha pontilhada)



Padrão de referência para peso e idade do NC

Faça a anotação da ocorrência no mês correspondente

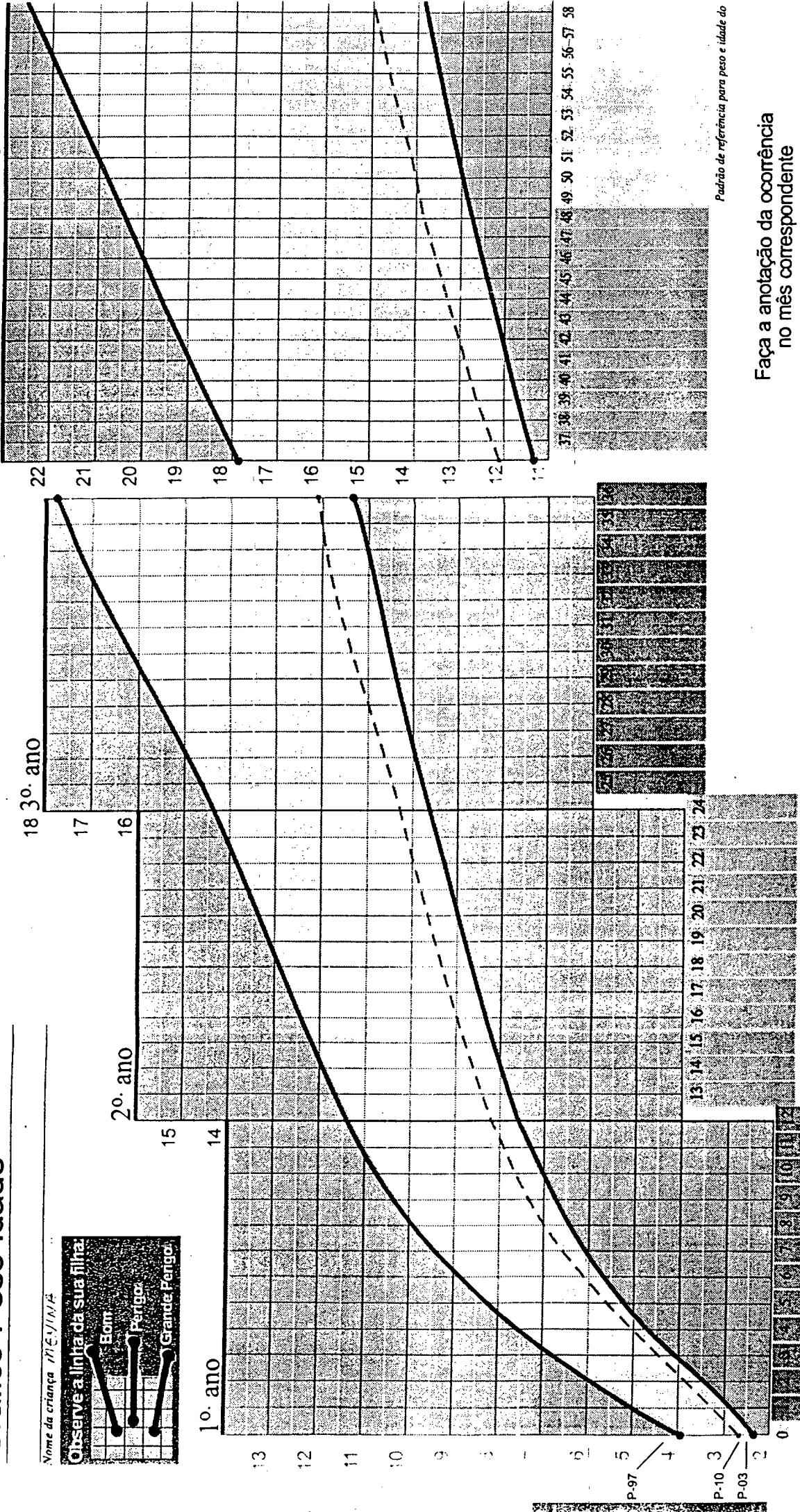
- A** Início da introdução de outros alimentos
- D** Diarreia
- H** Hospitalização
- P** Pneumonia
- O** Outra doença



Nome da criança: **MELVINIA**

Observe a linha da sua filha:

- Bom
- Pérgua
- Grande Pérgua



Padrão de referência para peso e idade do

Faça a anotação da ocorrência no mês correspondente

Legend for health events:

- A** Intoxicações por alimentos
- D** Diarreias
- H** Hospitalizações
- P** Pneumonias
- O** Otitites

Reso em Inglês em

P-97  
P-10  
P-03



Prefeitura Municipal de  
 Secretaria Municipal da Saúde  
 Mapa de Controle Estatístico do SISVAN

Unidade de Saúde:

Mês:

Estado Nutricional	Baixo Peso (BP)	Peso Normal (FN)	Sobrepeso (SF)	Recuperados (RCP)
C R I A N Ç A S				
0-5 meses				
6-11 meses				
12-23 meses				
24-59 meses				
G E S T A N T E S				
<20 semanas				
21 a 30 semanas				
> 30 semanas				

Vacinas Utilizadas Rotineiramente pelo Programa de Imunização - Santa Catarina									
TIPOS DE VACINA	PROTEÇÃO CONTRA	IDADE PARA INÍCIO DA VACINAÇÃO	No. DE DOSES			INTERVALO ENTRE DOSES	VIA DE ADM.	REAÇÕES ADVERSAS	
		MÍNIMA	MÁXIMA	VAC. BÁSICA	REFORÇO	RECOM.	MINIMO		
		2 MESES	4 ANOS	2 DOSES	15 MESES	60 DIAS	30 DIAS	ORAL	SEM REAÇÕES
SABIM	PT. POLIOMELITE			2, 4, 6 MESES	15 MESES	60 DIAS	30 DIAS	ORAL	SEM REAÇÕES
TRIPULICE(DPT)	DIFTERIA COQUELUCHE TETANO	2 MESES	6 ANOS	3 DOSES	15 MESES	60 DIAS	30 DIAS	IM	DOR VERMELHIDÃO, ENDURIAÇÃO, FEBRE, MAL ESTAR, ERITEMA
ANTI SARAMPO	SARAMPO	9 MESES	11 MESES	2 DOSES				SC	FEBRE, EXANTEMA
TRIVIRAL	SARAMPO RUBÉOLA CAXUMBA	1 ANOS	12 ANOS	15 M.S.S				SC	FEBRE, RUSH CUTÂNEO, DOR ARTICULAR, PAROTIDE
BCG	TUBERCULOSE	AO NASCER		1 DOSE				ID	MÁCULA, PÁPULA, CROSTA, ULCERA LOCAL
DUPLA ADULTO(DT) TOXÓIDE TETÂNICO(TT)	DIFTERIA TETANO	7 ANOS MIF; GESTANTE NÃO GESTANTE		3 DOSES	A CADA 10 ANOS	60 DIAS ENTRE A 1ª E 2ª DOSES E 180 DIAS ENTRE A 2ª E 3ª DOSES	30 DIAS	IM	FEBRE, DOR, RUBOR, CALOR LOCAL
DUPLA INFANTIL(DI) CONTRA HEPATITE B	DIFTERIA TETANO	2 MESES	6 ANOS	CONFORME INDICAÇÃO	15 MESE	60 DIAS	30 DIAS	IM	FEBRE, DOR, RUBOR, CALOR LOCAL
CONTRA HEPATITE B	HEPATITE B	AO NASCER		3 DOSES		ENTRE A 1ª E 2ª 30 DIAS ENTRE A 2ª E 3ª 180 DIAS	ENTRE A 1ª E 2ª 30 DIAS ENTRE A 2ª E 3ª 180 DIAS	IM	DOR LOCAL, MAL ESTAR, FEBRE, FADIGA, CEFALÉIA
CONTRA FEBRE AMARELA	FEBRE MRELA	6 MESES		1 DOSE	A CADA 10 ANOS			SC	ERITEMA, CALOR E DOR
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B(HIB)	PROTEÇÃO DOENÇAS CAUSADAS PELO HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	2 MESES	1 ANOS 11 MESES 29 DIAS	< 1 ANO 2, 4, 6 MESES > 1 ANO 1 DOSE		60 DIAS	30 DIAS	IM	ERITEMA, CALOR E DOR
ANTI RUBÉOLA	RUBÉOLA	12 ANOS, ATÉ 40 DIAS APOS ABORTO OU PARTO	40 ANOS	1 DOSE				SC	EXANTEMA, FEBRE, LINFADENOPATIA DOR ARTICULAR, PAROTIDE
TETRA ACTHIB	HIB, DIFTERIA, TETANO, COQUELUCHE	ESQUEMA PRÓPRIO						IM	FEBRE, DOR, VERMELHIDÃO, ENDURIAÇÃO

Fonte: SMS (Secretaria Municipal de Saúde - 06/99)

## ESQUEMA PARA TRATAMENTO CONTRA RAIVA HUMANA

- Arranhadura por unha; lemedura de pele lesada; mordedura única e superficial em membros( com exceção das pontas dos dedos das mãos ) :
  - a) Animal clinicamente sadio – observar o animal, se ele estiver sadio no 10.<sup>o</sup> dia após agressão, encerrar o caso. Se o animal se tornar raivoso, morrer ou desaparecer durante o período de observação, aplicar uma dose diária de vacina até completar sete dias. Aplicar duas doses de reforço, uma no décimo e outro no vigésimo dia após última série.
  - b) Animal raivoso suspeito, desaparecido ou silvestre – aplicar uma dose diária de vacina até completar sete dias e duas doses de reforço, uma no décimo e outra no vigésimo dia após última dose.
  
- Lembedura em mucosa; mordedura em cabeça, pescoço e ponta dos dedos das mãos; mordeduras múltiplas e/ou profunda em qualquer parte do corpo :
  - a) Animal clinicamente sadio – uma dose de vacina no primeiro, terceiro e quinto dia. Observar o animal por dez dias. Se sadio, no décimo dia após agressão, encerrar o caso. Se o animal se tornar raivoso, morrer ou desaparecer durante o período de observação, aplicar o tratamento restante : soro, vacinação para dez doses e aplicar as três doses de reforço no décimo, vigésimo e trigésimo dia após última série.
  - b) Animal raivoso suspeito, desaparecido ou silvestre - soro, mais uma dose diária de vacina até completar dez e três doses de reforço no décimo e trigésimo dia após última série.

## VACINAÇÃO DA GESTANTE

Esta vacina é feita para prevenção do tétano no recém nato e para a proteção da gestante com a vacina dupla tipo adulto ou, na falta desta, com toxóide tetânico.

⇒ Gestante não vacinada : esquema básico de três doses. ( A primeira dose aos seis meses, a segunda dose aos oito meses e a terceira dose seis meses após primeira dose. Reforços de dez em dez anos.

Observações : → Antecipar a dose de reforço, se ocorrer nova gravidez cinco ou mais anos depois da aplicação da última dose.

→ A segunda dose deve ser administrada no máximo vinte dias antes da data provável do parto.

⇒ Gestante vacinada : observar estado vacinal e administrar as doses necessárias para completar o esquema básico de três doses. Reforços de dez em dez anos. Antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gravidez cinco anos ou mais depois da aplicação da última dose.

## ANEXO 10

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Eu, Jamete Bernandina de Souza

residente na rua Silveiro João Figueira nº 87

autorizo as acadêmicas de enfermagem da 8ª fase da UFSC : Viviane Roque Barcellos,  
Eulália Silva e Kariny Alves Schneider a fazer uso de minha imagem e/ou fala para fins  
acadêmicos; sendo que estes poderão ser publicados.

Jamete B. de Souza

Assinatura da pessoa ou responsável

Florianópolis, 10 de 11 de 2000.

## ANEXO 11

## 2. Endereço :

### 2.1. Condições de moradia :

- casa :  própria       alugada       cedida
  - tipo de construção :  madeira       alvenaria       mista
  - aproveitamento do terreno :  sim       não
- Obs : Caso sim, descrever :

- tamanho da casa :

• número de peças : \_\_\_\_\_

• quais :

- condições de saneamento : ( lixo, água, esgoto )

- dispõe de luz elétrica :  sim       não

- ligação clandestina :  sim       não

- infra estrutura doméstica :  geladeira       filtro       fogão     

banheiro

pia

TV

rádio

chuveiro

número de camas

## 3. Conhecendo sua família :

3.1. O que é família para você ?

---

---

---

3.2. Quem é o chefe da família ? O que entende por chefe ?

---

---

3.3. Quem é o responsável pela renda familiar ?

---

---



3.4. Quem é o responsável pelas atividades domésticas ?

---

---

**4. Condições de saúde da família :**

4.1. Tem conhecimento sobre o serviço de saúde da comunidade ?

---

---

4.2. Em que situações utiliza o serviço de saúde de sua comunidade ?

---

---

---

---

4.3. Situação de saúde dos membros da família ; de que forma( em que ) o(s) problema(s) de saúde de cada membro afeta a família:

---

---

---

---

4.4. Práticas de saúde da família : ( benzedeira, aconselhamento de terceiros, curandeiro, farmacêutico, cuidados caseiros e outros ). Quem aconselha sobre os cuidados à saúde na família ?

---

---

---

---

4.5. Quem é o responsável pelo cuidado à saúde quando um membro da família adocece ?

---

---

---

---

4.6. Que recursos utiliza ou busca ( em ordem de prioridade ) quando um membro da família adoecer ? ( recursos : religiosos, profissionais, caseiros, ou outros ).

4.7. Saúde dental : ( tipo de cuidados realizados, periodicidade, que material utiliza, quando acontece problemas, que tipo de conduta adota )

4.8. Presença ou não de : drogas, alcoolismo, fumo, promiscuidade, violência ( identificando o membro ).

4.9. Existência de práticas de saúde relacionada ao planejamento familiar e prevenção de DST. Tipo ?

4.10. Hábitos de higiene com relação ao corpo: ( tipo, material utilizado, crenças a respeito da higiene e integridade do corpo/ cuidado cultural )

4.11. Hábitos de higiene com relação a casa: ( quem realiza, quem auxilia, periodicidade, algum cuidado cultural específico )

4.12. Hábitos com relação a alimentação : ( tipo de alimento mais utilizado, quem decide e escolhe o tipo de alimento, quem prepara as refeições, quem "cuida" da alimentação dos membros, tipos de crenças/ saber/ tabus quanto à alimentação ).

4.13. Onde/Como adquire os alimentos : ( escolha do tipo de alimento, aparência do alimento, preparo do alimento, conservação do alimento ).

4.14. Quem "ajuda" a decidir sobre os tipos de cuidados a serem adotados e outros encaminhamentos necessários ?

### 5. *Conhecimento da comunidade :*

5.1. Possui creches/ escolas ?

5.2. Possui centro comunitário ? O que oferece ?

5.3. Possui programas de ajuda às famílias necessitadas ?

5.4. Possui transporte coletivo ? Como é o acesso ?

**6. *Queixas e/ou expectativas :***

6.1. Possui alguma queixa com relação a comunidade, moradia e serviços de saúde ?

6.2. Possui alguma dúvida que gostaria de esclarecer com relação a alguma ocorrência na família ?

**7. *Práticas de cuidados culturais específicos?***

7.1. Faz uso de "simpatias" e "benzedoiras" com relação específica à gestante/ criança ?

---

---

---

7.2. Costuma se aconselhar com algum vizinho, familiar com relação ao cuidado de objetos, ambiente da casa ?

---

---

---

---

7.3. Onde e com quem adquiriu os conhecimentos sobre as práticas culturais de cuidado ?

---

---

---

---

*8. Interações familiares :*

---

---

---

---

## ANEXO 12

**PROCESSO DE CUIDAR – REGISTRO**

Nome :

Família:

Número do prontuário :

Identificando a (s) necessidade (s) de cuidado (s)

Data Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família/indivíduo	Definição da situação da família/ indivíduo elaboração do diagnóstico de enfermagem	Planejamento e implementação do cuidado	Evolução	Percepções da Enfermeira

## ANEXO 13



INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

1. Identificação da Família: *Orquídea*

Nome	Idade	Sexo	Religião	Naturalidade	Cor	Profissão	Estado civil	Escolaridade	Relação de parentesco	Necessidade de cuidados relacionados a:
O1	369	F	nenhuma	Natal	B	do lar	casada	ati' 4ª		gestação
O2	369	M	nenhuma	Ipólis	B	Fedreiro (emprego)	casado	ati' 2ª	esposo	hemorroida
O3	129	M	nenhuma	Ipólis	B	—	solteiro	ati' 1ª	filho	—
O4	119	M	nenhuma	Ipólis	B	—	solteiro	ati' 1ª	filho	visão
O5	029	M	nenhuma	Ipólis	B	—	solteiro	—	filho	desnutrição
O6	059	F	nenhuma	Ipólis	B	—	solteiro	—	filha	desnutrição
O7	669	F	católica	Ipólis	B	—	casada	—	sofria	colesterol alto, diabete, HAS
O8	729	M	católica	Ipólis	B	apontado	casado	—	sofria	HAS

## 2. Endereço :

Considera a casa dos sogros sua moradia pois passa mais tempo ali)  
Rua: Manuel Gualberto dos Santos nº 131 São dos Limões

### 2.1. Condições de moradia :

- casa :  própria     alugada     cedida
  - tipo de construção :  madeira     alvenaria     mista
  - aproveitamento do terreno :  sim     não
- Obs. Caso sim, descrever :

- tamanho da casa :

\* número de peças : 7

= quais :

3 quartos, 2 salas, 1 cozinha e 1 banheiro

- condições de saneamento : ( lixo, água, esgoto )

O lixo é recolhido pela prefeitura todos os dias, a água é tratada pela casa e o esgoto tbm é tratado.

- dispõe de luz elétrica :  sim     não

- ligação clandestina :  sim     não

- infra estrutura doméstica : (1) geladeira     filtro    (1) fogão    (1) banheiro

(1) pia    (2) TV    (1) rádio    (1) chuveiro

(3) número de camas

## 3. Conhecendo sua família :

### 3.1. O que é família para você ?

"Família é o meus filhos e meu marido." "Minha m. e meu sogro tbm, porque já moro 9 anos com eles."

### 3.2. Quem é o chefe da família ? O que entende por chefe ?

Considera o marido como chefe da família por ser o dono da casa.

### 3.3. Quem é o responsável pela renda familiar ?

"Eu. Eu trabalho o mês todo na casa dos meus sogros e no final do mês eles me dão um pouco." "O meu marido faz uns livros meus agora está sem serviço." "A gente ganha da prefeitura 2 centos básica por causa dos dois"

3.4. Quem é o responsável pelas atividades domésticas?

Ela quem cuida da casa dos sogros de 2<sup>a</sup> a 6<sup>a</sup> e nos finais de semana de sua casa no morro.

4. Condições de saúde da família:

4.1. Tem conhecimento sobre o serviço de saúde da comunidade?

"Sim. No bairro tem farmácia e posto de saúde"

4.2. Em que situações utiliza o serviço de saúde de sua comunidade?

Quando os filhos ou sogro (a) ficam doentes ou quando é para ter filho.

4.3. Situação de saúde dos membros da família; de que forma (em que) o(s) problema(s) de saúde de cada membro afeta a família:

A família não se abala frente a uma pessoa com problema(s) de saúde, todos ficam calmos. Somente o sogro que fica nervoso quando as coisas ficam doentes, principalmente o cacula.

4.4. Práticas de saúde da família: (benzedeira, aconselhamento de terceiros, curandeiro, farmacêutico, cuidados caseiros e outros). Quem aconselha sobre os cuidados à saúde na família?

Procura os sogros para se aconselhar, uma benzedeira que mora na sua rua (Dona Zita), utiliza chás e pede orientação na farmácia.

4.5. Quem é o responsável pelo cuidado à saúde quando um membro da família adoece?

Ela e o esposo

4.6. Que recursos utiliza ou busca ( em ordem de prioridade ) quando um membro da família adoece ? ( recursos : religiosos, profissionais, caseiros, ou outros ).

1º = farmácia  
2º = posto de saúde ou hospital (dependendo da gravidade)  
3º = aconselhamento com os sogros

4.7. Saúde dental : ( tipo de cuidados realizados, periodicidade, que material utiliza, quando acontece problemas, que tipo de conduta adota )

Escovam os dentes com escova e pasta dental após todas as refeições e somente procuram o dentista quando realmente precisam.

4.8. Presença ou não de : drogas, alcoolismo, fumo, promiscuidade, violência ( identificando o membro ).

Marcado fuma (cigarro) "Para conseguir dinheiro para comprar Life é difícil, mas para comprar uma caixa de cigarro não".  
Cunhado bebe bastante.

4.9. Existência de práticas de saúde relacionada ao planejamento familiar e prevenção de DST. Tipo ?

Usava anticoncepcional quando engravidou (Aferfil).  
Não costuma usar preservativo. Após o parto prefere fazer laqueadura, mas o marido não quer que ela faça então ela vai falsificar a assinatura dele para a autorização.

4.10. Hábitos de higiene com relação ao corpo: ( tipo, material utilizado, crenças a respeito da higiene, e integridade do corpo/ cuidado cultural )

Tomam banho todos os dias. No resguardo não vai tomar banho na cabeça, porque no último filho eu fui recuada, me deu do cabeça e febre. O banho do ninem quem dá, até 1 mês e a cunhada põe ela sem medo por eles serem "molinhos".

4.11. Hábitos de higiene com relação a casa: ( quem realiza, quem auxilia, periodicidade, algum cuidado cultural específico )

Limpa a casa da sogra todos os dias, arruma as camas, limpa os banheiros, cozinha, faz comida. A sua casa que fica em casa do moro só limpa sábado e domingo.

4.12. Hábitos com relação a alimentação : ( tipo de alimento mais utilizado, quem decide e escolhe o tipo de alimento, quem prepara as refeições, quem "cuida" da alimentação dos membros, tipos de crenças/ saber/ tabus quanto à alimentação ).

Ela que prepara o alimento da família, inclusive a dieta da sogra que é diabética. Refere que a preferência é por feijão, arroz e feijão e que a sogra não segue a dieta prescrita porque não quer, pois ela fez certinho como foi indicado.

4.13. Onde/Como adquire os alimentos : ( escolha do tipo de alimento, aparência do alimento, preparo do alimento, conservação do alimento ).

Compra os alimentos no supermercado Imperatriz. Lava todos os alimentos. Conserva o alimentos na geladeira ou freezer.

4.14. Quem "ajuda" a decidir sobre os tipos de cuidados a serem adotados e outros encaminhamentos necessários ?

Os sogros

5. Conhecimento da comunidade :

5.1. Possui creches/ escolas ?

1 creche no Centro Comunitário e 1 escola (Gefilia Vargas).

5.2. Possui centro comunitário ? O que oferece ?

Sim. Possui creche, médico para as crianças, parque, encontra com gestante e idosos.

5.3. Possui programas de ajuda às famílias necessitadas?

AMOCA (Associação dos moradores da Caixa) recebe cesta básica para as crianças disritadas todo o mês (vem leite, ovos, frutas, arroz, feijão, galinha...)

5.4. Possui transporte coletivo? Como é o acesso?

Sim. "Sempre que agente precisa tem um ônibus passando."

6. Queixas e/ou expectativas:

6.1. Possui alguma queixa com relação a comunidade, moradia e serviços de saúde?

- Reclama que nunca conseguiu vaga para suas crianças na creche.  
- Reclama das consultas com o ginecologista - Obs: falta do OSUSL. Já não entende o que ele diz e porque ele não examina direito (já meche a barriga no pré-natal).

6.2. Possui alguma dúvida que gostaria de esclarecer com relação a alguma ocorrência na família?

Não.

7. Práticas de cuidados culturais específicos?

7.1. Faz uso de "simpatias" e "benzedouras" com relação específica à gestante/criança?

Não acredita em simpatias. Benzedoura: Dona Zita.

7.2. Costuma se aconselhar com algum vizinho, familiar com relação ao cuidado de objetos, ambiente da casa?

Sogros

7.3. Onde e com quem adquiriu os conhecimentos sobre as práticas culturais de cuidado?

Aprendeu sozinho.

8. Interações familiares:

Os filhos as vezes se brigam, empurram um da cara do outro. Ela é o mando de lá bem. Se dá bem com os sogros também. "Elis me ajudam bastante".

PROCESSO DE CUIDAR – REGISTRO

Família: GIRASSOL

Nome: G4

Número do prontuário:

Identificando a (s) necessidade (s) de cuidado (s)		Percepções da Enfermeira
Data Local	Definição da situação da família/ indivíduo elaboração do diagnóstico de enfermagem	
26.10.2000 no domicílio	<p>Surta desconforto nos pés, se sente que está um chaco, porém não utiliza meios para melhorar por desconhecê-lo</p>	<p>notou-se uma certa preocupação da cliente com relação aos problemas apontados, refere que estaria de acordo com os cuidados e mais rápido possível para amenizar o problema.</p>
	<p>Edma MMII</p>	<p>evolução - cuidado - padroniza - de</p>
	<p>orientada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- manter mmII elevados.</li> <li>- diminuir a ingestão de água.</li> <li>- realizar dieta hipossódica.</li> </ul>	



PROCESSO DE CUIDAR - REGISTRO

Família: JASMIN

Nome: JA

Número do prontuário:

Identificando a (s) necessidade (s) de cuidado (s)					
Data Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família/indivíduo	Definição da situação da família/ indivíduo elaboração do diagnóstico de enfermagem	Planejamento e implementação do cuidado	Evolução	Percepções da Enfermeira
25/10/00 NO DOMICÍLIO	Dificuldade em manter uma dieta específica para hipertensão arterial sistêmica.	não realização da dieta para controle da hipertensão arterial sistêmica.	Quisêdo a tomar chás como o de chuli, arnica, acácia, alho, dente de leão, limão, morangos, salsa, pitanga, peis agudim e d.m. Não a pressão arterial biotética. Alim	Suicídio - acometido	26/10/00 - Durante a visita diste dia, JA relatou que os chás com arnica, o chá de chuchus e semente de f. qui a sua pressão arterial a suabamente e sua volar houve lazado. A qui f. B, pois neste momento

Fonte: Relatório do Estágio de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem - Liz e Maesri (1998)  
de manter uma dieta hipotética + melhora com a dos regulares e medicação.

Parece que o maior trabalho tem sido, surgiram surtos.

PROCESSO DE CUIDAR - REGISTRO

Nome: *Og*  
 Família: *Orquídea*

Número do prontuário:

Identificando a(s) necessidade(s) de cuidado(s)		Definição da situação da família/ indivíduo e elaboração do diagnóstico de enfermagem	Planejamento e implementação do cuidado	Evolução	Percepções da Enfermeira
Data Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família/indivíduo				
<i>01.11.00</i> <i>Casa da família Orquídea</i>	<i>- Sabe a importância da dieta para diabéticos e hipertensores, mas como ele tudo come sem perceber a importância das coisas gostosas e não consegue ficar um dia sem</i>	<i>- Não realizou o diagnóstico específico para diabetes mellitus tipo II e hipertensores arterial sistêmica.</i>	<i>- Juntamente com O<sub>2</sub> foram orientados quanto aos alimentos que deve evitar e quais deve fazer uso, comer mais vezes por dia e em menor quantidade</i>	<i>- Acidado a comodidade</i>	<i>Práxis para a família sobre a importância das dietas, mas Og e Os sentem muito prazer em verem com prazer e O<sub>2</sub> não se sente estimulada em realizar as refeições, pois não gosta de dietas. O cuidado neste família é bastante difícil pois Os influencia muito o pensamento dele Og defende que "prefere morrer comendo do que morrer fazendo dieta".</i>

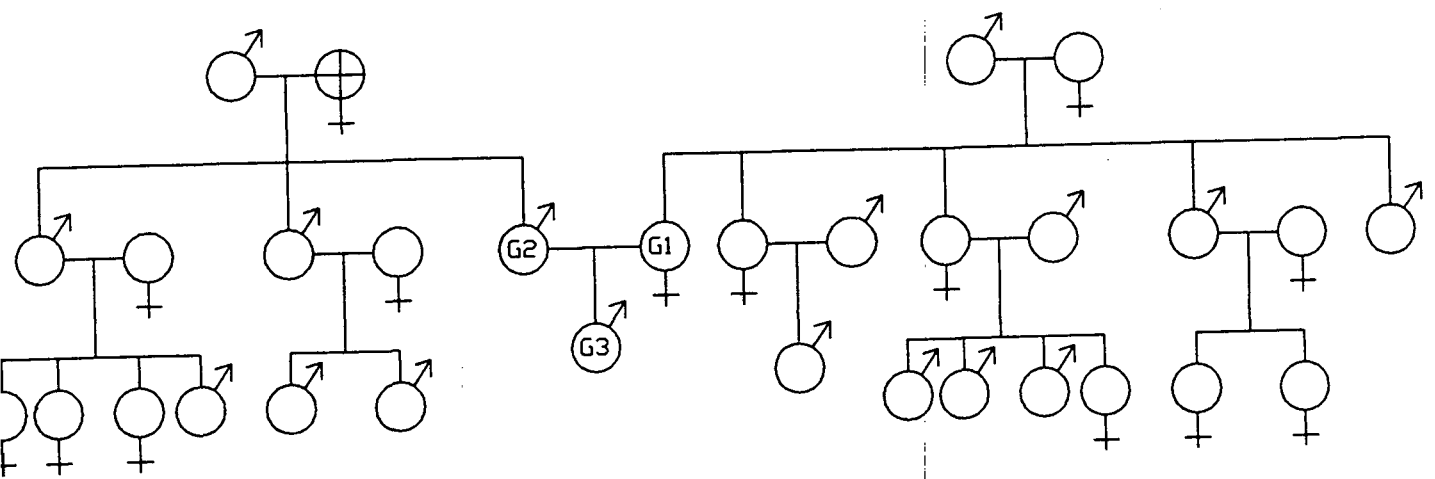
Fonte: Relatório do Estágio de Conclusão de Curso de Graduação de Enfermagem - Liz e Maestri (1998)

## ANEXO 14



## ANEXO 15

# Genograma Família Girassol



## Legenda

G1 + Gestante

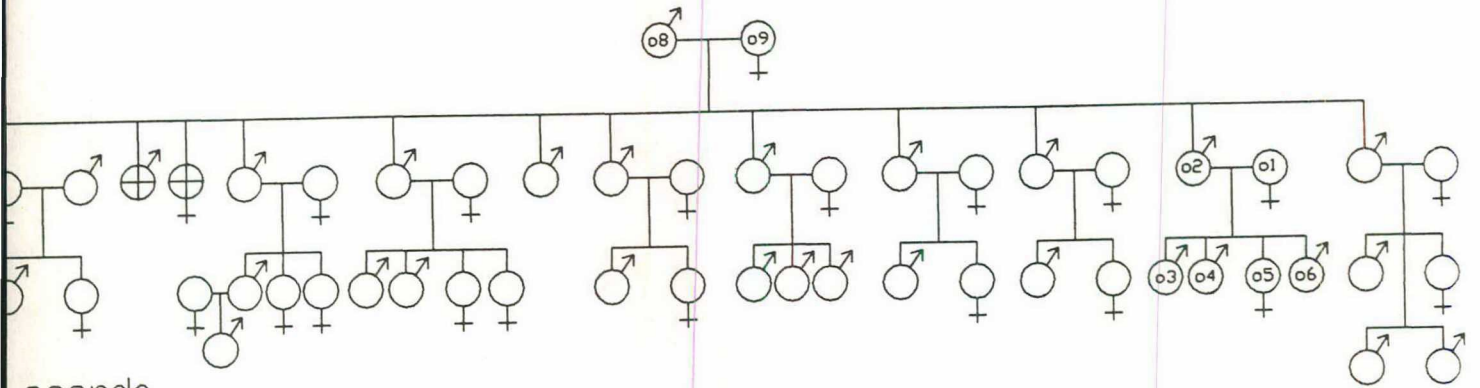
G3 ↑ Infecção hepática, problema renal



ANEXO 16



# Genograma Família Orquídia



## Legenda

- ⊕ Gestante
- ⊕ Desnutrição
- ↗ Desnutrição
- ↗ Hipertensão arterial sistêmica
- ⊕ ↗ Hipertensão arterial sistêmica, diabetes mellitos tipo II, hipercolesterotemia



ANEXO 17



## ***ROTEIRO PARA CONSULTA DE PUERPÉRIO***

- 01- Nome da paciente ;
- 02- Número do prontuário ;
- 03- Período puerperal ( imediato, tardio ou remoto ) ;
- 04- Tipo de parto ( fácil ou difícil, vaginal ou cesária, com ou sem episiorrafia ) ;
- 05- História e o estilo de vida da puérpera, suas experiências, valores culturais, crenças e costumes ) ;
- 06- As fases hospitalar e domiciliar;
- 07- Estabelecimento da relação mãe – filho e familiares;
- 08- Adaptação psicológica da mãe ;
- 09- Estabelecimento da lactação / Amamentação ;
- 10- Higiene e nutrição ;
- 11- Retorno a atividade sexual / Planejamento familiar ;
- 12- Prevenção do câncer de colo uterino e detecção precoce do câncer de mama ;
- 13- Imunização contra rubéola se não reagente ;
- 14- Exame físico
  - 14.1 – Estado geral : observar postura, expressão facial, estado de ânimo, humor, locomoção, aparência geral e queixas ;
  - 14.2 – Mamas : observar o tamanho, a tensão, a simetria, presença de cicatrizes, cirurgias e outras regularidades . Tipo, integridade ou alterações de formação em mamilos. Presença de colostro e/ou a quantidade da produção láctea ;
  - 14.3 – Abdome : observar presença de distensão abdominal, flatulência ou áreas de sensibilidade através da palpação. Observar e registrar características da incisão abdominal quando for cesariana ;
  - 14.4 – Útero : altura do fundo uterino com base na cicatriz umbilical ( acima, ao nível ou abaixo da cicatriz umbilical ) ;
  - 14.5 – Região Vulvo – Perineal : observar alterações locais, coloração, presença de edema, equimoses, hematoma, episiotomia, lacerações, presença de hemorróida ;
  - 14.6 – Lóquios : observar cor, odor, quantidade e aspecto ;
  - 14.7 – Membros inferiores ( pernas, pés e coxas ) : observar presença de varizes, edema, alterações de temperatura e cor, sinais de flebite, aumento de sensibilidade e Sinal de Homans , que será positivo quando a puérpera manifestar dor na panturrilha ao ser flexionado o pé.

- Após consulta de puericultura, os dados são registrados no prontuário da paciente em forma de SOAP ( dados subjetivos, dados objetivos, análise e plano ) e arquivados para próxima consulta.

## ANEXO 18

## **ROTEIRO PARA CONSULTA DE PREVENTIVO DE CÂNCER DE COLO UTERINO E DE MAMA**

### ***Consulta de enfermagem***

- 01- Nome da paciente ;
- 02- Número do prontuário ;
- 03- Idade ;
- 04- Profissão ;
- 05- Menarca ;
- 06- Início das relações sexuais ;
- 07- Utilização de algum método contraceptivo ;
- 08- Características do ciclo menstrual ;
- 09- Data da última menstruação ;
- 10- Duração da menstruação ;
- 11- Número de gestações ;
- 12- Número de partos normais ;
- 13- Número de cesárias ;
- 14- Número de abortos ;
- 15- Dor à relação sexual ;
- 16- Sangramento à relação sexual ;
- 17- Fluxo vaginal ;
- 18- História de câncer na família ;
- 19- Realização do auto exame de mama ;
- 20- História de cirurgias ginecológicas ;
- 21- Outras queixas.

### ***Exame preventivo de câncer de mama***

- 01- Inspeção estática ;
- 02- Inspeção dinâmica ;
- 03- Palpação ;
- 04- Expressão.

### ***Exame preventivo de câncer de colo uterino***

- 01- Inspeção em vulva, vagina e colo uterino ;
- 02- Esfregaço de lâmina ( coleta tripa : endocérvix, ectocérvix e fundo de saco ) ;
- 03- Teste de Schindler.

- Após a consulta de enfermagem e aos exames preventivos, estes dados são registrados no prontuário da paciente em forma de SOAP ( dados subjetivos, dados objetivos, análise e plano ) que ficam no Centro de Saúde arquivados para próxima consulta.

ANEXO 19







**10 – PARECER FINAL DO ORIENTADOR**




UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA

Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial

O presente trabalho atendeu os requisitos da Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada (INT 5134), bem como as sugestões propostas pela Banca Examinadora em 11/12/2000.

  
Orientadora.