



Pós-Graduação em
Atenção Básica
em Saúde da Família

Assistência de Enfermagem
por Ciclos de Vida

Módulo Optativo 8

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Catia Cristina Martins



Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida

PRESIDENTE DA REPÚBLICA
Dilma Rousseff

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA UNIVERSIDADE ABERTA
DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo de Campos

GOVERNADOR DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE
Beatriz Figueiredo Dobashi

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA
Célia Maria Silva Correa Oliveira

VICE-REITOR
João Ricardo Filgueiras Tognini

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA - UFMS
Angela Maria Zanon

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

Obra aprovada pelo Conselho Editorial da UFMS - Resolução nº 31/11

CONSELHO EDITORIAL UFMS

Dercir Pedro de Oliveira (Presidente)
Celina Aparecida Garcia de Souza Nascimento
Claudete Cameschi de Souza
Edgar Aparecido da Costa.
Edgar Cézar Nolasco
Elcia Esnarriaga de Arruda
Gilberto Maia
José Francisco Ferrari
Maria Rita Marques
Maria Tereza Ferreira Duenhas Monreal
Rosana Cristina Zanelatto Santos
Sonia Regina Jurado
Ynes da Silva Felix

COLEGIADO GESTOR

SÉRIE



Cristiano Costa Argemon Vieira
Gisela Maria A. de Oliveira
Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Sílvia Helena Mendonça de Soares
Vera Lucia Kodjaoglanian

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Coordenadoria de Biblioteca Central – UFMS, Campo Grande, MS, Brasil)

A848 Assistência de enfermagem por ciclos de vida / organizadores: Leika Aparecida Ishiyama Geniole, ..[et al.]. – Campo Grande, MS : Ed. UFMS : Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal, 2011.
240 p. : il. ; 30cm.

ISBN 978-85-7613-345-2

Material de apoio às atividades didáticas do curso de Pós-Graduação em Atenção Básica em Saúde da Família /CEAD/UFMS.

1. Família – Saúde e higiene. 2. Enfermagem familiar. 3. Cuidados de enfermagem no lar. I. Geniole, Leika Aparecida Ishiyama. II. Fiocruz Unidade Cerrado Pantanal.

CDD (22) 362.82

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou para qualquer fim comercial. A responsabilidade pelos direitos autorais dos textos e imagens desta obra é da UNA-SUS, UFMS e FIOCRUZ – Unidade Cerrado Pantanal

Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida

Curso de Pós-Graduação
em Atenção Básica
em Saúde da Família

Organizadores:

Leika Aparecida Ishiyama Geniole
Vera Lúcia Kodjaoglanian
Cristiano Costa Argemon Vieira
Catia Cristina Martins



GOVERNO FEDERAL

MINISTRO DE ESTADO DE SAÚDE
Alexandre Padilha

SECRETÁRIO DE GESTÃO DO TRABALHO E DA
EDUCAÇÃO NA SAÚDE
Milton Arruda Martins

SECRETÁRIO-EXECUTIVO DO SISTEMA
UNIVERSIDADE ABERTA DO SISTEMA ÚNICO DE
SAÚDE - UNA-SUS
Francisco Eduardo De Campos

COORDENADOR DA UNIVERSIDADE ABERTA DO
SUS - UNA-SUS
Vinicius de Araújo Oliveira

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ

PRESIDENTE DA FIOCRUZ
Paulo Gadelha

VICE-PRESIDÊNCIA DE GESTÃO E
DESENVOLVIMENTO INSTITUCIONAL
Pedro Ribeiro Barbosa

UNIDADE FIOCRUZ CERRADO PANTANAL
Rivaldo Venâncio da Cunha

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

REITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL/MS
Célia Maria Silva Correa Oliveira

PRÓ-REITOR DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
Dercir Pedro de Oliveira

COORDENADORA DE EDUCAÇÃO ABERTA E A DISTÂNCIA
Angela Maria Zanon

GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL

GOVERNADOR DE ESTADO
André Puccinelli

SECRETÁRIA DE ESTADO DE SAÚDE / MATO GROSSO DO SUL
Beatriz Figueiredo Dobashi

PARCEIROS

GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE

SECRETARIA DE SAÚDE PÚBLICA DE CAMPO GRANDE

ASSOCIAÇÃO SUL-MATO-GROSSENSE DE MEDICINA DE
FAMÍLIA E COMUNIDADE

COLEGIADO GESTOR

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

GISELA MARIA A. DE OLIVEIRA
giselamaria2007@hotmail.com

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

ORIENTADORES DE APRENDIZAGEM

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

CATIA CRISTINA MARTINS
catitamartins@hotmail.com

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
kdcosta@uol.com.br

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

EQUIPE TÉCNICA

DANIELI SOUZA BEZERRA
danisb21@yahoo.com.br

LEIDA MENDES CARDOSO
leida.mendes@hotmail.com

MARIA IZABEL SANTANA
izabelsantanasilva@hotmail.com

ROSANE MARQUES
rosanem@fiocruz.br

EQUIPE TECNOLOGIA DA INFORMAÇÃO

ALANA MONTAGNA
alana_sgo@hotmail.com

CARLA FABIANA COSTA CALARGE
carla.calarge@gmail.com

DAIANI DAMM TONETTO
dai.dtr@gmail.com

GRETTA SIMONE RODRIGUES DE PAULA
gretta@ibest.com.br

HERCULES DA COSTA SANDIM
herculesandim@gmail.com

JOÃO FELIPE RESENDE NACER
joaofelipern@gmail.com

MARCOS PAULO DOS SANTOS DE SOUZA
mpsouza@gmail.com

TUTORES FORMADORES

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ALINE MARTINS DE TOLEDO
toledo_am@yahoo.com.br

ANA CAROLINA LYRIO DE OLIVEIRA HASTCHBACH
carolhstschbach@gmail.com

ANA CRISTINA BORTOLASSE FARIAS
abortolasse@bol.com.br

ANA PAULA PINTO DE SOUZA
anapaulapdesouza@hotmail.com

ANGELA CRISTINA ROCHA GIMENES
angelacristinagimenes@bol.com.br

ANA MARTHA DE ALMEIDA PONCE
anamarthap@gmail.com

BEATA CATARINA LANGER
beatalanger@hotmail.com

BRUNNO ELIAS FERREIRA
bruelifer@hotmail.com

CIBELE DE MOURA SALES
cm.sales@terra.com.br

CARMEM FERREIRA BARBOSA
carmenfebar@terra.com.br

CRISTIANY INCERTI DE PAIVA
crisincerti@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

DANIELA MARGOTTI DOS SANTOS
daniela_margotti@hotmail.com

DENISE RODRIGUES FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

ELIZANDRA DE QUEIROZ VENÂNCIO
elizandra_venancio@hotmail.com

ENI BATISTA DE SOUZA
enibatistadesouza@hotmail.com

ERIKA KANETA
erika@uems.br

ETHEL EBINER ECKERT
etheleckert@hotmail.com

FERNANDA ALVES DE LIMA GOMES
falglima@hotmail.com

FERNANDO LAMERS
fernando.lamers@hotmail.com

GUILHERME APº DA SILVA MAIA
gasmaia@yahoo.com.br

JANIS NAGLIS FAKER
janisfaker@hotmail.com

JUSSARA NOGUEIRA EMBOAVA ORTIZ
juemboava@hotmail.com

LAIS ALVES DE SOUZA BONILHA
laissouza@hotmail.com

LUCIANA CONTRERA MORENO
lucontrera@gmail.com

LUCIANE APARECIDA PEREIRA DE LIMA
luciane.pereiralima@gmail.com

LUCIANO RODRIGUES TRINDADE
lrtrindade37@yahoo.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

MARCIA CRISTINA PEREIRA DA SILVA
enf_mcristina@yahoo.com.br

MARCIA MARQUES LEAL GARBELINI
marciagarb@hotmail.com

MARISA DIAS ROLAN LOUREIRO
marisarolan@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

NADIELI LEITE NETO
nadielileite@yahoo.com.br

PRISCILA MARIA MARCHETTI FIORIN
ppfiorin@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RENATA CRISTINA LOSANO FEITOSA
renatafeitosa@brturbo.com.br

RODRIGO LUIZ CARREGARO
rodrigocarregaro@yahoo.com.br

ROSEMARIE DIAS F. DA SILVA
rosemeire.fernandes@hotmail.com

SABRINA PIACENTINI
sabripiacentini@hotmail.com

SALAZAR CARMONA DE ANDRADE
salazar_carmona@hotmail.com

SILVANA DIAS CORREA GODOY
sildiascorrea@hotmail.com

SILVIA HELENA MENDONÇA DE MORAES
silvia.moraes@saude.ms.gov.br

SUZI ROSA MIZIARA BARBOSA
srmiziara@gmail.com

VIRNA LIZA PEREIRA CHAVES HILDEBRAND
vimalizah@hotmail.com

VIVIANE LIMA DE ALBUQUERQUE
vivilaa79@hotmail.com

WESLEY GOMES DA SILVA
wesley.amusical@bo.com.br

TUTORES ESPECIALISTAS

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

AUTORES

ALBERTINA MARTINS DE CARVALHO
prevprimaria@saude.ms.gov.br

ADELIA DELFINA DA MOTTA S. CORREIA
adeliamotta@yahoo.com.br

ADRIANE PIRES BATISTON
apbatiston@hotmail.com

ALESSANDRO DIOGO DE CARLI
alessandrodecarli@hotmail.com

ANA LUCIA GOMES DA S. GASTAUD
anagastaud@hotmail.com

ANA TEREZA GUERRERO
anaguerrero@fiocruz.br

ANDRÉ LUIZ DA MOTTA SILVA
andremottacs@yahoo.com.br

CATIA CRISTINA VALADÃO MARTINS
catitamartins@hotmail.com

CIBELE BONFIM DE REZENDE ZÁRATE
crzarate@yahoo.com.br

CRISTIANO BUSATO
cristiano.busato@saude.gov.br

CRISTIANO COSTA ARGEMON VIEIRA
cargemon@gmail.com

DANIEL ESTEVÃO DE MIRANDA
mirandacs@yahoo.com.br

DENISE FORTES
nursedenis@yahoo.com.br

DENIZE CRISTINA DE SOUZA RAMOS
enfdenize@hotmail.com

EDGAR OSHIRO
edgar.oshiro@saude.ms.gov.br

EDILSON JOSÉ ZAFALON
edilz@uol.com.br

EDUARDO FERREIRA DA MOTTA
efmotta@terra.com.br

FÁTIMA CARDOSO C. SCARCELLI
sdcrianca@saude.ms.gov.br

GEANI ALMEIDA
sdhomem@saude.ms.gov.br

GRASIELA DE CARLI
grasieladecarli@yahoo.com.br

HAMILTON LIMA WAGNER
hamiltomwagner@terra.com.br

HILDA GUIMARÃES DE FREITAS
sdmulher@saude.ms.gov.br

IVONE ALVES RIOS
saude_da_pd@saude.ms.gov.br

JACINTA DE FÁTIMA P. MACHADO
jacintamachado@hotmail.com

JANAINNE ESCOBAR VILELA
sdidoso@saude.ms.gov.br

JISLAINE GUILHERMINA PEREIRA
jislaine@far.fiocruz.br

KARINE CAVALCANTE DA COSTA
sdfamilia@saude.ms.gov.br

LEIKA APARECIDA ISHIYAMA GENIOLE
leikageniole@terra.com.br

LUIZA HELENA DE OLIVEIRA CAZOLA
luizacazola@gmail.com

LARA NASSAR SCALISE
larascalise@hotmail.com

LEANDRA ANDRÉIA DE SOUZA
souza_leandra@yahoo.com.br

MARIA APARECIDA DA SILVA
saparecida@yahoo.com

MARIA APARECIDA DE ALMEIDA CRUZ
alnutricao@saude.ms.gov.br

MAISSE FERNANDES O. ROTTA
maissef@hotmail.com

MARA LISIANE MORAES SANTOS
maralisi@globo.com

MARIA ANGELA MARICONDI
angela.mar@terra.com.br

MARIA CRISTINA ABRÃO NACHIF
cristinanachif@brturbo.com.br

MARIA DE LOURDES OSHIRO
oshiroml@gmail.com

MICHELE BATISTON BORSOI
micheleborsoi@hotmail.com

PAULO ZARATE
pzp0101@uol.com.br

POLLYANNA KÁSSIA DE O. BORGES
pollyannakassia@hotmail.com

RENATA PALÓPOLI PICOLI
rpicoli@usp.br

RODRIGO FERREIRA ABDO
rodrigoabdo@brturbo.com.br

RUI ARANTES
ruiarantes@fiocruz.br

SAMUEL JORGE MOYSES
s.moyeses@pucpr.br

SONIA MARIA OLIVEIRA ANDRADE
anart.msi@terra.com.br

SUSANE LIMA VARGAS
hiperdia@saude.ms.gov.br

VALÉRIA RODRIGUES DE LACERDA
val99@terra.com.br

VERA LÚCIA SILVA RAMOS
sdadolescente@saude.ms.gov.br

VERA LUCIA KODJAOGLANIAN
esc.fiocruz@saude.ms.gov.br

É com satisfação que apresentamos o módulo de Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, um material inédito, principalmente no estado de Mato Grosso do Sul, que contemplará as principais atribuições privativas do profissional enfermeiro, resgatando o seu real papel e competências quanto à consulta, diagnóstico e prescrição de enfermagem.

O estado do Mato Grosso do Sul conta com uma força de trabalho constituída de 1.414 profissionais de enfermagem, dentre os quais 480 enfermeiros integram a Estratégia Saúde da Família e 102, a Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde (CNES/DATASUS/abril/2011).

A Política Nacional de Atenção Básica, estabelecida por meio da Portaria GM/MS nº 648, de 28 de março de 2006, traz como uma das características do processo de trabalho da Saúde da Família a prática do cuidado familiar ampliado, efetivada por meio do conhecimento da estrutura e da funcionalidade das famílias, visando propor intervenções que influenciem os processos de saúde/doença dos indivíduos, das famílias e da própria comunidade. Nesse sentido, atribui-se ao profissional de enfermagem a realização de uma assistência integral, que abrange a promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde, aos indivíduos e famílias na USF, e, quando indicado ou necessário, no domicílio e/ou nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.), em todas as fases do desenvolvimento humano: infância, adolescência, idade adulta e terceira idade. Além disso, compete a esse profissional realizar consulta de enfermagem, solicitar exames complementares e prescrever medicações conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal, observadas as disposições legais da profissão.

Assim, a efetivação do papel do enfermeiro se estabelece como primordial e único para a implementação do novo modelo assistencial de saúde, cujo olhar está voltado para a saúde e não para a doença, e cujo foco é o indivíduo inserido em um contexto familiar.

Por essas razões, o Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família (modalidade a distância) vem colaborar grandemente para o fortalecimento e consolidação da Atenção Primária em Saúde em nosso estado e na qualificação dos profissionais, principalmente dos enfermeiros, contribuindo para a solidificação desse modelo e do SUS.

Karine Cavalcante da Costa
Gerente de Saúde da Família
Coordenadoria Estadual de Atenção Básica/SES/MS

Os Módulos Optativos são compostos por uma série de 9 módulos com os seguintes temas: Saúde Carcerária, Saúde da Família em População de Fronteiras, Saúde da Família em Populações Indígenas, Assistência Médica por Ciclos de Vida, Saúde Bucal por Ciclos de Vida, Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida, Administração em Saúde da Família, Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares, Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) e Avaliação para Melhoria da Qualidade (AMQ). Os temas dos módulos privilegiam a singularidade dos diferentes profissionais de saúde da família e as particularidades de seus respectivos territórios.

Estes módulos não pretendem esgotar os temas abordados e sim servir como um instrumento orientador, que possa responder as questões mais frequentes que surgem na rotina de trabalho. A sua importância está justificada dentro dos princípios da estratégia de saúde da família que enfatiza que as ações da equipe precisam ser voltadas às necessidades das populações a elas vinculadas. As equipes de saúde da família estão distribuídas em Mato Grosso do Sul, com situações peculiares, como as equipes inseridas em áreas de fronteira, as equipes de saúde que fazem a atenção à população indígena, a população carcerária e suas famílias. São populações diferenciadas, com culturas e problemas próprios, com modo de viver diferenciado, sujeitas a determinantes sociais diferentes, que necessitam ser assistidas por profissionais com competências adequadas à sua realidade.

Desta forma, cada estudante trabalhador do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, pode optar por módulos que lhes interessem diretamente.

Esperamos que os conteúdos apresentados possam ter proporcionado a você, especializando conhecimentos para desenvolver seu trabalho com qualidade desejada e seguindo as diretrizes do SUS, na atenção às diferentes populações, respeitando sua singularidade.

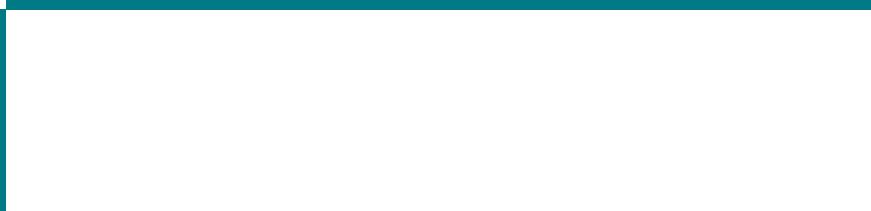


Módulo Optativo 8 Assistência de Enfermagem por Ciclos de Vida

Prefácio do Módulo	15
Apresentação Módulos Optativos	17
Capítulo 1 - Assistência de Enfermagem na Saúde da Criança	23
Apresentação	25
Seção 1 - Crescimento e Desenvolvimento Infantil	26
Seção 2 - Alimentação da Criança	39
Seção 3 - Desnutrição Infantil	46
Seção 4 - Infecção Respiratória Aguda	52
Seção 5 - Doenças Diarreicas	59
Seção 6 - Abordagem na Consulta de Enfermagem	68
Referências	72
Capítulo 2 - Assistência de Enfermagem na Saúde do Adolescente	75
Apresentação	77
Seção 1 - Agravos à Saúde do Adolescente	78
Seção 2 - Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA	94
Seção 3 - Transtornos Alimentares na Adolescência	98
Seção 4 - A Consulta de Enfermagem a Adolescentes	108
Referências	113
Capítulo 3 - Assistência de Enfermagem na Saúde da Mulher	115
Apresentação	117
Seção 1 - Evolução Histórica da Mulher	118
Seção 2 - Queixas Ginecológicas mais frequentes e Doenças Sexualmente Transmissíveis	123
Seção 3 - Câncer de Colo do Útero ou Câncer Cérvico-Uterino	128
Seção 4 - Câncer de Mama	133
Seção 5 - Pré-Natal e Puerpério	137
Seção 6 - Climatério	143
Seção 7 - Qualidade de Vida e Sexualidade no final da Vida Reprodutiva .	149
Referências	151

Capítulo 4 - Assistência de Enfermagem na Saúde do Adulto	153
Apresentação	155
Seção 1 - Contextualização da Saúde do Adulto e Fatores de Risco para Doenças Crônico-Degenerativas	156
Seção 2 - Universo das Doenças Crônicas não transmissíveis	160
Seção 3 - Cadastramento e Acompanhamento de Pacientes com Doenças Infecciosas	182
Seção 4 - Saúde do Homem, Tabagismo e suas consequências	190
Seção 5 - Ferramentas Estratégicas de Trabalho na ESF	194
Referências	200
Capítulo 5 - Assistência de Enfermagem na Saúde do Idoso	203
Apresentação	205
Seção 1 - Breve Histórico	206
Seção 2 - Avaliar as Condições de Vida e Saúde	211
Seção 3 - Quais os Problemas mais comuns nos Idosos?	216
Referências	219
Capítulo 6 - Assistência de Enfermagem na Saúde Mental	221
Apresentação	223
Seção 1 - Momento Histórico	225
Seção 2 - Processo de Enfermagem	230
Referências	237

MÓDULOS OPTATIVOS



MÓDULO OPTATIVO 8

ASSISTÊNCIA DA ENFERMAGEM POR CICLOS DE VIDA

AUTORES

Catia Cristina Valadão Martins

Denise Rodrigues Fortes

Denize Cristina de Souza Ramos

Michele Batiston Borsoi

Priscila Maria Marcheti Fiorin



Sobre os Autores:

Catia Cristina Valadão Martins

Enfermeira pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela ESP/FIOCRUZ/UFMS, Especialista em Enfermagem em Saúde Pública pela ESP Jorge David Nasser, Mestre em Saúde para o Desenvolvimento da Região Centro Oeste/UFMS, Gerente do Programa Telessaúde Brasil de Mato Grosso do Sul, Professora do Curso de Enfermagem da Faculdade UNIGRAN Capital, Orientadora de Aprendizagem do curso de pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Cerrado Pantanal.

Denise Rodrigues Fortes

Enfermeira pela Universidade Federal do Mato Grosso do Sul, Especialista em Formação Pedagógica em Educação Profissional na Área de Saúde: Enfermagem pela ESP/Fiocruz/UFMS, Especialista em Saúde Pública pela ESP/Fiocruz/UFMS, Mestre em Saúde Pública com ênfase em Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde pela ENSP/Fiocruz, Professora EAD do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Ananguera/UNIDERP Interativa, tutora do curso de pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Cerrado Pantanal, Coordenadora Técnica na Escola Técnica do SUS “Professora Ena de Araújo Galvão” - SES/MS.

Denize Cristina de Souza Ramos

Enfermeira pela Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Especialista em Saúde da Família pela Universidade Federal de Roraima. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade Ananguera-Uniderp. Tutora do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Cerrado Pantanal.

Michele Batiston Borsoi

Graduação em Enfermagem - UFMS em 1998. Especialização em Saúde Pública - UFRGS em 2002. Especialização em Enfermagem de Saúde da Família e Comunidade/ PROFAM - Fundacion MF/ Medicina Familiar do Hospital Italiano de Buenos Aires em 2007. Tutora do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Cerrado Pantanal.

Priscila Maria Marcheti Fiorin

Enfermeira pela Faculdade de Enfermagem Obstetrícia de Adamantina. Especialista em Saúde Pública e Ações Comunitárias pela Universidade para o Desenvolvimento do Estado e da Região do Pantanal (UNIDERP), Formação Pedagógica em Educação Profissional, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) e Políticas de Saúde Mental, Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ). Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Desenvolvimento na Região Centro-Oeste. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Ananguera-Uniderp. Tutora do Curso de Pós-graduação em Atenção Básica em Saúde da Família/Mato Grosso do Sul UNASUS/UFMS/FIOCRUZ Cerrado Pantanal.

CAPÍTULO 1

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA CRIANÇA

Caro colega enfermeiro,

A história da criança, em todo o mundo, tem sido marcada por episódios muito tristes de abandono, mortalidade infantil em níveis elevados, negligência nos cuidados por parte da família e pelo Estado. Comparando os dias atuais com os séculos passados, percebem-se as grandes mudanças ocorridas em relação às políticas públicas de saúde direcionadas à criança.

Apesar de tantas mudanças, alguns agravos, como a desnutrição infantil, a diarreia e as infecções respiratórias agudas continuam sendo motivo constante de consultas nas Unidades de Saúde da Família.

Sabe-se que, nas ações voltadas à saúde da criança, o enfermeiro tem papel fundamental no desenvolvimento de atividades educativas em saúde com pais, professores e cuidadores, mas é na consulta de enfermagem que se cria a oportunidade de prescrever cuidados que podem contribuir para a promoção, proteção e recuperação da saúde das crianças de sua área de abrangência.

Embora seja uma atribuição indelegável a outros profissionais, a realização da consulta de enfermagem ainda é um grande desafio para os profissionais enfermeiros e depende de muitos fatores, sobretudo de seu empenho em proporcionar o melhor de si para sua comunidade.

O objetivo deste módulo é proporcionar ao enfermeiro a atualização de conhecimentos e de habilidades que possibilitem conhecer a realidade da criança e de sua família e, dessa forma, propor ações de enfermagem adequadas e específicas às crianças e famílias sob sua responsabilidade.

Espero que possamos juntos contribuir para uma infância mais saudável.

Catia Cristina Valadão Martins

Seção 1 - CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO INFANTIL

Avaliar o crescimento e desenvolvimento infantil é uma das atribuições do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família e parte integrante da consulta de enfermagem à criança. Nesta seção vamos discutir conceitos, fatores influenciadores e atuação do enfermeiro.

Vamos lá?

1.1 O Crescimento Infantil

Você conhece a diferença entre crescimento e desenvolvimento infantil? Neste módulo, você terá oportunidade de conhecer esses dois processos que fazem parte da vida de todos nós. Para fins didáticos, começaremos com a abordagem de crescimento e, posteriormente, com a de desenvolvimento.

Quando uma criança está ganhando peso e aumentando em estatura, dizemos que ela está crescendo, ou seja, o crescimento é um processo biológico de aumento das células, traduzindo-se no aumento corporal.

1.1.1 Fatores Intrínsecos e Extrínsecos

Os fatores intrínsecos ou internos são aqueles relacionados às determinações genéticas ou à herança que as crianças recebem de seus antepassados. Esse potencial genético pode ou não ser atingido em plenitude, desde que as influências do meio ambiente onde a criança vive possam contribuir para tal. A criança pode ter, por exemplo, potencial genético para atingir a altura correspondente a 1.90m quando adulta (fator intrínseco), porém, caso seu desenvolvimento seja influenciado por fatores extrínsecos, como alimentação deficiente, baixa renda familiar, baixo grau de escolaridade dos pais, condições

precárias de saneamento básico, doenças recorrentes na infância, esse potencial pode não ser alcançado, e a altura final será, pois, inferior àquela esperada.

1.1.2 Crescimento Intrauterino

É importante para o enfermeiro conhecer as condições de vida que podem interferir negativamente no peso de nascimento. Na sua área de abrangência, provavelmente existem mulheres gestantes nestas condições:

- Com doenças maternas infecciosas;
- Com doenças sexualmente transmissíveis;
- Com hipertensão arterial na gestação;
- Com baixo peso ou sobrepeso;
- Menores de 15 e maiores que 35 anos;
- Com altura materna inferior a 1.50m;
- Usuárias de drogas lícitas e ilícitas;
- Fumantes.



VAMOS REFLETIR!

Como ocorre a consulta de pré-natal na sua unidade? Quais são as suas atribuições na consulta de pré-natal? Como ocorre a educação em saúde individual e coletiva para essa população?



VAMOS SABER MAIS!

De acordo com a idade gestacional, ao nascer, o peso pode ser assim classificado:

Menor que 2500g: peso baixo ao nascer (PIG);

Entre 2500 e 4000g: peso adequado para a idade (AIG);

Acima de 4000g: peso grande para idade (GIG).

1.1.3 O Crescimento Pós-neonatal

O acompanhamento do crescimento pós-neonatal faz parte da consulta de enfermagem à criança.

Na vida intrauterina, a cabeça da criança é a parte do corpo que mais cresce e representa 50% do tamanho total do corpo. Já na fase pós-neonatal, o desenvolvimento do tronco e das pernas é maior. Em alguns tecidos, o crescimento é contínuo, em outros, ocorre por estágios, como o da puberdade, por exemplo. O crescimento ósseo termina assim que a maturidade do esqueleto estiver completa.

Uma das características da criança é que o crescimento é acelerado até os dois anos de idade e sofre desaceleração entre os dois e cinco anos.

1.1.4 Instrumentos de Avaliação do Crescimento Infantil

A avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil é parte essencial da consulta de enfermagem. Para avaliar o crescimento infantil, é necessário pesar a criança, medir sua altura e registrar esses dados em gráficos, que vão mostrar se peso, altura e perímetro cefálico estão adequados para a idade.



VAMOS SABER MAIS!

Caderneta de Saúde da Criança

Disponível em:

http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/zip/caderneta_saude_menino_passaporte_cidadania.zip

Percentil: é uma medida da posição relativa de um indivíduo em relação a todos os outros de uma amostra. Por exemplo, se uma pessoa com altura de 1,80m é o 90º percentil de uma turma de estudantes, então 90% da turma tem menos de 1,80m de altura, e 10% tem altura superior a 1,80m.

Registre os dados aferidos nas curvas de peso, estatura e perímetro cefálico e verifique o crescimento da criança.

A utilização das curvas de referência permite:



O quadro a seguir mostra resumidamente os índices antropométricos e suas características, bem como os materiais necessários para sua obtenção.

Quadro 1 - Índices antropométricos e suas características

Índices antropométricos	Características	Equipamentos necessários
Peso / Idade	<ul style="list-style-type: none"> Altera-se precocemente em diversos agravos. Obtêm-se com facilidade. Apresenta relação com “bem-estar” geral. 	<ul style="list-style-type: none"> Balança horizontal (até 16 Kg). Balança plataforma tipo adulto.
Altura / Idade	<ul style="list-style-type: none"> Altera-se tardiamente em relação à desnutrição. Revela processo crônico. 	<ul style="list-style-type: none"> Régua antropométrica horizontal. Régua antropométrica vertical ou de parede.
Perímetro cefálico / Idade	<ul style="list-style-type: none"> Altera-se em eventos de gravidade relacionados ao sistema nervoso central. É útil até os 2 anos. 	<ul style="list-style-type: none"> Fita métrica.

Fonte: Caderno Crescimento e Desenvolvimento NESCON.

O Ministério da Saúde recomenda um calendário mínimo de consultas exclusivas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil. Um dos profissionais que realiza esse tipo de acompanhamento é o enfermeiro.

Tabela 1 - Calendário Mínimo de Atendimentos de Crianças (Ministério da Saúde)

Número de atendimentos / ano	Idade											
	Dias	Meses								Anos		
	Até 15	1	2	4	6	9	12	18	24	3	4	5
1º ano - 7 atendimentos	•	•	•	•	•	•	•					
2º ano - 2 atendimentos								•	•			
3º ano - 1 atendimento										•		
4º ano - 1 atendimento											•	
5º ano - 1 atendimento												•

Fonte: NESCON. Caderno de crescimento e desenvolvimento



VAMOS SABER MAIS!

Para ter acesso às técnicas de medidas antropométricas, registro das informações nos gráficos de acompanhamento e interpretação das curvas de avaliação, veja o Caderno de Atenção Básica nº11 - Saúde da Criança - Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, MS. Ele está disponível na biblioteca do módulo.

1.2 O Desenvolvimento Infantil

Dando continuidade ao tema, falaremos agora sobre o desenvolvimento infantil.

Como a definição de desenvolvimento pode variar conforme o referencial teórico, adotaremos resumidamente este conceito:

Desenvolvimento infantil é um processo que vai desde a concepção, envolvendo vários aspectos, indo desde o crescimento físico, passando pela maturação neurológica, comportamental, cognitiva, social e afetiva da criança. Tem como produto tornar a criança competente para responder às suas necessidades e às do seu meio, considerando seu contexto de vida. (BRASIL, 2005).

Sendo assim, sustentar a cabeça, sentar-se com ou sem apoio, engatinhar, caminhar, falar, sorrir, aprender a pular com um pé só, interagir com as pessoas que a cercam, aprender a ler e escrever são exemplos atribuídos ao desenvolvimento infantil, uma vez que a criança está sempre em constante transformação e apresenta uma sequência previsível de desenvolvimento neuropsicomotor.

Levando-se em conta que o desenvolvimento infantil está diretamente relacionado ao biológico e ao meio ambiente onde a criança vive, qualquer intercorrência neste aspecto pode representar fator de risco. Como exemplos de risco para o desenvolvimento infantil, destacam-se estes: síndromes genéticas, hipóxia neonatal, infecções pré, peri e pós-natais, violência intrafamiliar, condições precárias de vida, baixa escolaridade dos pais, falta de afeto das pessoas que cuidam da criança.

Dentre esses fatores, vale ressaltar que a falta de amor e carinho é o principal dificultador do desenvolvimento infantil adequado.

Quaisquer alterações no desenvolvimento podem afetar a parte motora, cognitiva, linguagem, interação pessoal e social.

1.2.1 Padrões de Desenvolvimento

O desenvolvimento segue tendências direcionais, de acordo com a maturação cerebral. Sendo assim, podemos classificar três padrões de desenvolvimento:

- Padrão céfalo-podálico: demonstra que o desenvolvimento segue o sentido cabeça para os pés. Primeiro a criança sustenta a cabeça, para depois sustentar o tronco.
- Padrão proximal-distal: de perto para longe, da região proximal para a distal, ou seja, primeiro controla os ombros, para depois controlar os braços; primeiro pega um objeto com toda a mão, para depois pegar um objeto com o polegar e o indicador (movimento de pinça).
- Padrão da diferenciação: das atividades mais simples para as mais complexas. Primeiro brinca sozinha, para depois socializar a brincadeira.

1.2.2 Avaliação do Desenvolvimento Infantil

Para avaliar o desenvolvimento, é necessário fazer perguntas para quem cuida da criança em sua rotina. As respostas e observações da mãe ou do cuidador nunca devem passar despercebidas ou serem consideradas sem importância, pois é essa pessoa que conhece melhor a criança.

No decorrer da avaliação, é fundamental observar se há ou não interação entre a criança e a mãe, se a criança se sente segura, se observa o ambiente onde está, ou se tenta pegar objetos que estejam ao seu alcance durante a consulta. Dessa forma, você já poderá conhecer um pouco sobre o seu desenvolvimento.

As perguntas devem ser amplas e bem formuladas para que não deem opção simples de resposta, como SIM ou NÃO, mas respostas que forneçam explicações com detalhes sobre o assunto questionado, no caso, abrangendo o período pré-natal e nascimento:

É importante saber se a mãe fez o mínimo de 6 consultas de pré-natal, se usou drogas lícitas ou ilícitas na gestação, se teve alguma doença infecciosa, pressão alta (pré-eclampsia, eclampsia) durante a gestação, como se deu o parto, quanto tempo durou, em caso de parto normal, se a criança chorou logo ao nascer, qual foi o valor do ápgar, o peso de nascimento, se teve algum problema de saúde logo após o nascimento, como infecções ou icterícia, se precisou ficar internada no berçário ou UTI neonatal.













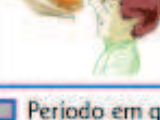
VAMOS REFLETIR!

Pergunte à mãe o que ela acha do desenvolvimento do seu filho e avalie a sua resposta. Lembre-se de que é ela a pessoa que melhor conhece o filho e pode estabelecer parâmetros de comparação, ou fazer observações que talvez você não tenha oportunidade de presenciar e verificar durante o atendimento.

O enfermeiro, ao avaliar a criança durante a consulta de enfermagem, poderá detectar precocemente possíveis dificuldades no cumprimento dos marcos do desenvolvimento e proporcionar à criança e à sua família opções diversas para estimulá-lo, ou tomar outras medidas necessárias como, por exemplo, o encaminhamento da criança ao médico da equipe, ou centros especializados de referência.

Para avaliar o desenvolvimento, também se faz necessário o uso de instrumento de registro. A Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento Infantil é uma forma prática e simples para realizar esse acompanhamento.

Quadro 2 - Ficha de Acompanhamento e Desenvolvimento

Ficha de acompanhamento do desenvolvimento														
Registro: _____		Nome: _____												
Data de nascimento _ / _ / _	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)												
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13
	Abre e fecha os braços em resposta à estimulação (Reflexo de Moro)													
	Postura: barriga para cima, pernas e braços fletidos, cabeça lateralizada													
	Olha para a pessoa que a observa													
	Dá mostras de prazer e desconforto													
	Fixa e acompanha objetos em seu campo visual													
	Colocada de bruços, levanta a cabeça momentaneamente													
	Arrulha e sorri espontaneamente													
	Começa a diferenciar dia/noite													
	Postura: passa da posição lateral para linha média													
	Colocada de bruços, levanta e sustenta a cabeça apoiando-se no antebraço													
	Emitte sons - Balbucia													
	Conta com a ajuda de outra pessoa mas não fica passiva													
	Rola da posição supina para prona													
	Levantada pelos braços, ajuda com o corpo													
	Vira a cabeça na direção de uma voz ou objeto sonoro													
	Reconhece quando se dirigem a ela													
	Senta-se sem apoio													
	Segura e transfere objetos de uma mão para a outra													
	Responde diferentemente a pessoas familiares e ou estranhos													
	Imita pequenos gestos ou brincadeiras													
	Arrasta-se ou engatinha													
	Pega objetos usando o polegar e o indicador													
	Emprega pelo menos uma palavra com sentido													
	Faz gestos com a mão e a cabeça (tchau, não, bate palmas, etc.)													
	Marcos do desenvolvimento (resposta esperada)	Idade (meses)					Idade (anos)							
		10	11	13	14	15	18	21	2	3	4	5	6	
	Anda sozinha, raramente cai													
	Tira sozinha qualquer peça do vestuário													
	Combina pelo menos 2 ou 3 palavras													
	Distancia-se da mãe sem perdê-la de vista													
	Leva os alimentos à boca com sua própria mão													
	Corre e/ou sobe degraus baixos													
	Aceita a companhia de outras crianças mas brinca isoladamente													
	Diz seu próprio nome e nomeia objetos como sendo seu													
	Veste-se com auxílio													
	fica sobre um pé, momentaneamente													
	Usa frases													
	Começa o controle esfinteriano													
	Reconhece mais de duas cores													
	Pula sobre um pé só													
	Brinca com outras crianças													
	Imita pessoas da vida cotidiana (pai, mãe, médico, etc.)													
	Veste-se sozinha													
	Pula alternadamente com um e outro pé													
	Alterna momentos cooperativos com agressivos													
	Capaz de expressar preferências e idéias próprias													

■ Período em que 90% das crianças adquirem o marco
 ■ Presentes até o 4º mês

P= presente; A= ausente; NV = não verificado
 Elaborado por Brant, J. A. C.; Jerusalinsky, A. N. e Zannon, C. M.L.C.

Outra fonte importante de consulta é o Manual de Vigilância do Desenvolvimento Infantil no Contexto da AIDPI-Atenção Integrada às Doenças Prevalentes da Infância. Esse manual fornece instrumentos de avaliação de acordo com a faixa etária, definindo classificações de padrões de desenvolvimento, proporcionando ao enfermeiro parâmetros para identificação de possíveis atrasos, bem como as condutas a serem realizadas.



VAMOS SABER MAIS!

Os manuais do AIDPI podem ser encontrados em sua biblioteca.

1.2.3 Papel do Enfermeiro

O enfermeiro é membro essencial da Equipe de Saúde da Família. Suas atribuições são complexas e demandam conhecimento científico acerca das várias interfaces que permeiam a Estratégia Saúde da Família. Diante de tantas atribuições, sejam estas comuns a todos os membros da equipe, sejam específicas do enfermeiro, sempre é necessário planejar a assistência.

Entre ações de gerenciamento e assistência, o enfermeiro precisa se organizar para conseguir prestar o cuidado de excelência para a sua comunidade.

Pensando dessa forma, é impossível não falar da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) e, para tanto, é preciso recorrer a terminologias empregadas em enfermagem e sua incorporação na prática profissional.



VAMOS REFLETIR!

Como se dá o processo de enfermagem na sua prática profissional na Estratégia Saúde da Família? Você utiliza algum sistema de classificação na enfermagem? Qual?



VAMOS SABER MAIS!

Dentre os sistemas de classificação na enfermagem, temos a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®.

Para conhecer o CIPESC, acesse a biblioteca do módulo e faça a leitura do material: CIPESCANDO EM CURITIBA: Construção e Implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde.

Nesse material você encontrará grande apoio à sua prática profissional diária, como diagnósticos e intervenções de enfermagem mais comuns na saúde coletiva, os quais poderão ser utilizados para, dessa forma, prestar um cuidado de excelência à criança e sua família.

Para ilustrar, apresentamos a seguir um diagnóstico, seguido das intervenções na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil:

1.2.4 Diagnóstico de enfermagem: Desenvolvimento inadequado da criança

Intervenções	Responsável
Brincar com a criança	Usuário
Conversar com a criança	Usuário
Demonstrar carinho à criança durante os cuidados	Usuário
Encaminhar para consulta médica	Enfermeiro
Esclarecer mãe/cuidador sobre as fases do desenvolvimento de acordo com a idade da criança	Enfermeiro
Estimular a criança a movimentar-se livremente	Usuário
Estimular mãe/cuidador a demonstrar carinho durante os contatos com a criança	Enfermeiro
Investigar a expectativa da mãe/cuidador frente ao desenvolvimento da criança em relação à idade	Enfermeiro
Investigar possibilidade de negligência à criança	Enfermeiro
Orientar mãe/cuidador a conversar com a criança	Enfermeiro
Programar monitoramento domiciliar	Enfermeiro
Retornar no dia e horário agendados	Usuário

Seção 2 - ALIMENTAÇÃO DA CRIANÇA

A alimentação da criança é um tema constantemente discutido entre os profissionais e as famílias. O hábito alimentar já é adquirido na infância, e o fator cultural é muito importante neste processo. O aleitamento materno exclusivo nos primeiros 6 meses de vida é fator contribuinte para a redução da mortalidade infantil. Veremos, nesta seção, fatores importantes na alimentação da criança que podem contribuir para a construção de hábitos alimentares saudáveis não só para a criança, mas também para sua família.

2.1 Considerações sobre o Aleitamento Materno

Auxiliar uma mulher a amamentar requer, primeiramente, conhecimento sobre o leite materno e o processo de amamentar; também é preciso transmitir segurança e credibilidade naquilo que você está falando e fazendo, sem julgar e/ou censurar a mulher, atitudes fundamentais para o estabelecimento de vínculo entre vocês. Lembre-se de que, quando uma pessoa está com dificuldades, dúvidas e temores, o que ela menos precisa é de alguém que a julgue e a condene, e sim de uma pessoa que possa ouvi-la, respeitá-la e ajudá-la a superar suas dificuldades.

A recomendação prioritária é que a criança receba exclusivamente o leite materno até que complete seis meses de idade. Veja as classificações em relação ao aleitamento, de acordo com Brasil, 2009:

- **Aleitamento materno exclusivo** - quando a criança recebe somente leite materno, direto da mama ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, sais de reidratação oral, suplementos minerais ou medicamentos.

- **Aleitamento materno predominante** - quando a criança recebe, além do leite materno, água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas.
- **Aleitamento materno** - quando a criança recebe leite materno (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.
- **Aleitamento materno complementado** - quando a criança recebe, além do leite materno, qualquer alimento sólido ou semissólido com a finalidade de complementá-lo, e não de substituí-lo. Nessa categoria a criança pode receber, além do leite materno, outro tipo de leite, mas este não é considerado alimento complementar.
- **Aleitamento materno misto ou parcial** - quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

Para que a amamentação seja eficaz, é preciso que o bebê consiga a pega adequada. Caso isso não ocorra, ele não ficará saciado, e a mãe poderá apresentar várias intercorrências que podem culminar com o fim da amamentação, como por exemplo, o ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite.

Erros na pega podem determinar o sucesso ou insucesso na amamentação, por isso, os profissionais de saúde devem estar atentos em orientar e ajudar a mãe em relação ao posicionamento correto. A criança deve abocanhar toda a aréola e não apenas o bico. É importante que a mãe esteja em uma posição confortável para não sentir dores nas costas e conseguir amamentar prazerosamente.

Os sinais que indicam que a pega está adequada são os que seguem:

- Boca do bebê abocanhando toda a aréola e não apenas o mamilo;

- Barriga do bebê encostada na barriga da mãe;
- Lábios bem abertos, lábio inferior voltado para fora (boca de peixinho);
- Queixo do bebê encostado no seio da mãe.

Importante: Na criança em aleitamento materno, o ganho de peso deve ser superior a 20 gramas/dia.

Quando a pega é correta, a amamentação transcorre sem traumas, o bebê fica saciado por mais tempo, consegue esvaziar a mama de forma adequada, conseqüentemente ganha peso e diminui ou anula o risco de problemas na amamentação.



VAMOS SABER MAIS!

Não se esqueça: você deve recorrer ao material postado na biblioteca do módulo para estudar e aplicar os diagnósticos e intervenções de enfermagem.

Outras leituras sugeridas:

- Comunicação não verbal: uma contribuição para o aconselhamento em amamentação.
- Trabalhando educação popular em saúde com a arte construída no cotidiano da enfermagem: um relato de experiência.
- Grupos de apoio à amamentação com mulheres da comunidade: relato de experiência.
- Intervenção educacional em equipes do Programa de Saúde da Família para a promoção da amamentação.

Os textos estão disponíveis em sua biblioteca virtual.

2.2 Alimentação Complementar

Os alimentos complementares são oferecidos às crianças após o seis meses de idade, uma vez que até então ela estará recebendo o leite materno.

É importante que a introdução dos novos alimentos seja realizada após essa data, uma vez que a criança já terá adquirido habilidades importantes para que a aceitação desses alimentos ocorra de forma mais rápida e prazerosa.

Como o próprio nome indica, a alimentação é complementar, ou seja, a partir desta idade a criança continuará recebendo leite materno e terá a complementação de outros alimentos a fim de suprir suas necessidades em relação às proteínas, sais minerais, energia, vitaminas, água e gordura. É fundamental que seja respeitado o hábito alimentar da família e que os alimentos sejam oferecidos com segurança.

Por mais que as famílias possam ser experientes em alimentar seus filhos, sempre é importante reforçar algumas orientações, elogiar as boas condutas e colocar-se à disposição para esclarecimentos de dúvidas.

Para que a alimentação saudável seja promovida para a criança, os alimentos devem ser saborosos, pois é natural que as pessoas tenham uma primeira impressão de tudo o que experimentam. Se o alimento não for saboroso, a próxima aceitação será dificultada.

A oferta deve considerar a variedade e o colorido, no sentido de contemplar todos os grupos de alimentos, sem esquecer a acessibilidade e a higiene na manipulação dos mesmos, fatores fundamentais para uma alimentação saudável.

A introdução de alimentos complementares após o sexto mês de vida deve ser gradual, respeitando-se a aceitação da criança. Quando uma criança não aceita determinado alimento, é necessário oferecê-lo até dez vezes para se ter certeza de que ela não aprova aquele sabor. Mesmo que não o aceite, é

importante colocá-lo no prato, pois isso pode estimulá-la a comê-lo, principalmente se outros membros da família o fazem.

É importante também que a criança faça sua refeição em ambiente tranquilo, na cadeirinha apropriada para refeição ou à mesa. Não se aconselha oferecer o alimento diante da televisão, pois a criança pode não se interessar pela refeição.

As frutas devem ser amassadas ou raspadas e não devem ter adição de açúcar. Os sucos devem ser naturais e não artificiais e não devem substituir uma refeição, mas sim atuar como um complemento. O consumo de frutas da estação deve ser estimulado, principalmente devido à facilidade de acesso em relação à disponibilidade e preço.

A refeição salgada deve conter tubérculos, cereais, verduras e carne, principalmente a vermelha. Nunca deve ser batida no liquidificador ou passada pela peneira. Os alimentos devem ser cozidos com água suficiente para cobri-los. Após o seu cozimento, devem ser amassados com um garfo. A consistência correta é a de purê e não de sopa.

A criança pode também, nesta idade, receber duas papas de frutas (uma no intervalo da manhã e outra no intervalo da tarde) e uma papa salgada no almoço. O leite materno deve continuar sendo oferecido no restante do período.

A partir dos sete meses a criança recebe também a papa salgada no jantar e, aos oito meses, a consistência do alimento já pode ser semelhante à dos alimentos da família para que, aos doze meses, a criança já possa se alimentar com a mesma refeição ofertada às pessoas que convivem com ela.

Quando orientar a mãe sobre a alimentação, não use a palavra “sopinha”, pois ela pode interpretar que a comida deve ter caldo. Use sempre a palavra papa ou papinha!

No preparo, o óleo deve ser usado, assim como o sal em quantidade moderada. Os temperos, como alho e cebola, não têm restrições, apenas oriente que a comida não deve ser condimentada em exagero, principalmente porque a criança, naturalmente, tem preferência pelo sabor adocicado.

Alimentos industrializados, como doces, chocolates, iogurtes, macarrão instantâneo, temperos, refrigerantes, salgadinhos, bolachas recheadas, são pobres em fibras e nutrientes, então devem ser evitados antes do segundo ano de vida.

A gema do ovo pode ser introduzida a partir dos seis meses e a clara, preferencialmente, após os 10 meses. A frequência deve se limitar a uma vez na semana, assim se faz também com os miúdos, como o fígado de boi, por exemplo.

O mel não deve ser oferecido antes que a criança complete um ano, devido ao risco do Botulismo.

Não há segredos para que a criança tenha uma alimentação saudável. É importante orientar aos pais que a criança deve ter uma alimentação balanceada, “colorida”, e que se devem evitar os alimentos industrializados. A criança come aquilo que a família compra. Quando a família não tem hábitos saudáveis de alimentação, é muito importante não perder nenhuma oportunidade de sensibilizá-la para que essa atitude não se transforme em exemplo dado à criança.



VAMOS REFLETIR!

As famílias de sua área têm uma alimentação baseada nos conceitos básicos para uma alimentação saudável? Caso considere que não, qual fator representa influência maior para essa realidade? A falta de acesso aos alimentos considerados saudáveis devido ao baixo poder econômico? A falta de conhecimento para escolher os alimentos qualitativamente? A simples preferência por alimentos não saudáveis?



VAMOS SABER MAIS!

Acesse o caderno de Atenção Básica nº 23 - Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar, disponível na biblioteca virtual do módulo.

Seção 3 - DESNUTRIÇÃO INFANTIL

Problemas relacionados à alimentação sempre fizeram parte dos agravos que atingem as crianças em todo o mundo. O perfil das crianças vem mudando, inclusive no Brasil. Se antes tínhamos a desnutrição como o grande vilão, hoje também temos a obesidade infantil. Vamos tratar da desnutrição, por ser esta de extrema importância em função de se constituir em maior fator de risco provável de óbito infantil.



VAMOS REFLETIR!

Os Agentes Comunitários de sua equipe realizam a pesagem das crianças durante as visitas? Na sua área, qual a porcentagem de crianças menores de cinco anos de idade com baixo peso, peso adequado e sobrepeso?

As pessoas da sua área de abrangência têm acesso à alimentação saudável? Existe um percentual grande de famílias desempregadas? Quais os hábitos alimentares de sua região?

3.1 Atenção Integrada a Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI)

A AIDPI tem por finalidade promover uma rápida e significativa redução da mortalidade na infância. Trata-se de uma abordagem da atenção à saúde na infância, desenvolvida originalmente pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Adolescência (UNICEF), caracterizando-se pela consideração simultânea e integrada do conjunto de doenças de maior prevalência na

infância, ao invés do enfoque tradicional que busca abordar cada doença isoladamente, como se ela fosse independente das demais doenças que atingem a criança e do contexto em que ela está inserida (BRASIL, 2003^a).

No capítulo Desnutrição, Infecção Respiratória Aguda e Diarreia, utilizaremos a Estratégia da AIDPI como foco no atendimento da criança que apresente um ou todos esses agravos.

3.2 Desnutrição

A Desnutrição é uma doença de natureza clínico-social e multifatorial, cujas raízes se encontram na pobreza. A desnutrição grave acomete todos os órgãos da criança, tornando-se crônica e levando a óbito, caso não seja tratada adequadamente. Pode começar precocemente na vida intrauterina (baixo peso ao nascer) e, frequentemente, cedo na infância, em decorrência da interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo e da alimentação complementar inadequada nos primeiros 2 anos de vida, associada, muitas vezes, à privação alimentar ao longo da vida e à ocorrência de repetidos episódios de doenças infecciosas como a diarreia e infecções respiratórias agudas (BRASIL, 2005).

Entende-se que a desnutrição é multifatorial, pois não ocorre apenas devido à falta de alimento, ela pode ser causada por várias razões, como por exemplo: falta de alimentos, oferta de alimentos de baixa qualidade, doenças que dificultam a absorção, processos infecciosos de repetição, vínculo fraco entre mãe e filho.

As crianças que não são adequadamente nutridas podem ter carências específicas como a hipovitaminose A e a carência de ferro.

A deficiência de vitamina A pode levar a criança ao risco de cegueira (cegueira noturna, xerofthalmia ou queratomalácia). A

vitamina A protege a visão, evita a diarreia e diminui o risco de sarampo. Já a deficiência de ferro é a causadora da anemia ferropriva, que acomete muitas crianças brasileiras.

Crianças com idade entre 6 a 12 meses merecem cuidado especial em relação à ingestão de alimentos que contenham ferro. Na falta deste, a criança fica vulnerável ao desenvolvimento de anemia por deficiência desse micronutriente, o que prejudica o seu crescimento e desenvolvimento. O consumo diário de carne, miúdos (no mínimo uma vez por semana) e suco de fruta natural, fonte de vitamina C, após o almoço e jantar, aumenta a absorção do ferro não heme. Crianças de 6 a 18 meses devem receber o suplemento de ferro disponível nas Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família de forma preventiva.

A criança com desnutrição grave pode apresentar características muito peculiares, como o emagrecimento acentuado visível, quando os ossos ficam aparentes, o abdômen proeminente, os cabelos quebradiços e sem brilho e o glúteo e pernas com “sinal da calça larga”, ou seja, a gordura corporal desaparece, e a pele fica enrugada como se a criança estivesse vestindo uma calça larga. O edema também indica desnutrição grave, embora a criança possa apresentar uma aparência física de estar mais gordinha.

3.2.1 Marasmo

O marasmo, tipo de desnutrição mais comum no Brasil, é decorrente da falta total de alimentos, levando ao quadro de desnutrição proteico-calórica. Nesse caso a criança apresenta os sinais de emagrecimento acentuado visível. Quando a desnutrição se dá devido às condições precárias de vida, como a falta do alimento, por exemplo, é possível que toda a família da criança esteja desnutrida. O marasmo é sinal de miséria. É muito triste ver uma família nessa situação. O apetite da criança é preservado no marasmo.

3.2.2 Kwashiorkor

O kwashiorkor também é um tipo de desnutrição grave e caracteriza-se principalmente pelo edema em ambos os pés da criança. Está relacionado à deficiência proteica. Nesse caso, o cabelo é fino e ralo, a pele é ressecada e a criança tem um olhar triste, conhecido como olhar de miséria. O apetite da criança é diminuído no kwashiorkor.

Utilizamos o termo “Desnutrição” quando o caso é considerado grave pela estratégia AIDPI (Marasmo ou Kwashiorkor); nas demais classificações, utilizaremos os termos Baixo Peso, Muito Baixo Peso.

3.3 Avaliação e Classificação

De acordo com a estratégia da AIDPI, o enfermeiro, mediante avaliação da criança, pode realizar as seguintes classificações:

Quadro 3 - Classificação para crianças de 2 meses a menor de 5 anos de idade

Sinais	Classificação	Tratamento
Emagrecimento acentuado visível ou edema em ambos os pés;	DESNUTRIÇÃO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> § Dar vitamina A. § Tratar a criança para evitar hipoglicemia. § Recomendar à mãe a manter a criança agasalhada. § Referir URGENTEMENTE para tratamento.
Peso muito baixo para a idade (abaixo da linha inferior do espelho do cartão).	PESO MUITO BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> § Avaliar a alimentação da criança e ensinar a mãe a tratar a criança com peso muito baixo em casa. § Para crianças menores de 6 meses, se tiver problemas com a amamentação, marcar retorno para dois dias. § Marcar retorno em cinco dias.
Peso baixo para a idade (entre a linha inferior e a linha média do cartão) ou ganho de peso insuficiente.	PESO BAIXO OU GANHO INSUFICIENTE	<ul style="list-style-type: none"> § Avaliar a alimentação da criança e orientar a mãe. § Para crianças menores de 6 meses, se tiver problemas com a amamentação, marcar retorno para dois dias. § Marcar retorno em 30 dias.
Peso para a idade não é baixo e nenhum outro sinal de desnutrição.	O PESO NÃO É BAIXO	<ul style="list-style-type: none"> § Se a criança tiver menos de 2 anos de idade, avaliar a sua alimentação e orientar a mãe.

FONTE: BRASIL, 2003b.

3.4 Tratamento

Para avaliar a criança, utilizando o quadro da estratégia AIDPI, é preciso que você comece pela primeira faixa e vá seguindo até que encontre a faixa que demonstra as características encontradas em sua avaliação. A última coluna indica as condutas que deverão ser tomadas em cada

classificação.

A primeira faixa sempre indicará a condição grave e a conduta é referenciar urgentemente. Observe que, antes de referenciar, é necessário tomar algumas medidas de proteção até que a criança chegue ao destino.

A AIDPI tem dietas específicas para tratar o Peso Muito Baixo, uma vez que crianças nessa classificação necessitam de um suplemento especial (dieta hipercalórica e hiperproteica) para se recuperar.

Essas dietas podem ser instituídas até o próximo retorno da criança em 5 dias. Nessa avaliação, você deve conferir se a criança ganhou no mínimo 5 g por dia entre a última consulta e a atual.

As dietas especiais podem ser observadas no panfleto ilustrativo utilizado pela estratégia.

No caso de Peso Baixo e risco nutricional, uma alternativa de baixo custo e de grande valor energético é acrescentar ao prato feito da criança uma colher de sobremesa de óleo vegetal cru para menores de 1 ano, e uma colher de sopa de óleo vegetal cru para maiores de 1 ano.

No mais, para orientar a mãe, você deverá seguir as orientações estudadas anteriormente sobre a alimentação da criança.



VAMOS SABER MAIS!

Acesse na biblioteca do módulo o material da AIDPI que trata desse assunto:

- AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: tratar a criança: módulo 4.
- AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: aconselhar a mãe ou o acompanhante: módulo 5.

Obs.: não deixe de conhecer os diagnósticos e intervenções de enfermagem para os problemas nutricionais, utilizando o CIPESC.

Seção 4 - INFECÇÃO RESPIRATÓRIA AGUDA

As Infecções Respiratórias Agudas (IRA) são as grandes causadoras de morbimortalidade infantil.

Elas podem não representar perigo em algumas situações e ter curso normal sem complicações, porém, em algumas crianças, principalmente nas que já têm outros fatores associados, como o Peso Baixo, por exemplo, elas podem complicar e evoluir para forma grave, aumentando o risco de levar a criança a óbito.

A estratégia AIDPI é muito importante na tomada de conduta do enfermeiro, quando se trata de uma criança com tosse (sinal clássico da IRA). Nesse caso, você poderá classificar essa criança e decidir sobre qual melhor conduta tomar a fim de proteger sua vida,

As medidas estudadas aqui estão direcionadas para as crianças de 2 meses a 5 anos de idade, faixa etária mais comum para esse tipo de agravo à saúde.

4.1 Conceito, Sinais e Sintomas

As Infecções Respiratórias Agudas podem ser causadas por vírus, bactérias, fungos e outros agentes. Podem atingir o trato respiratório alto e baixo. Os sinais comuns são: tosse, coriza, chiado no peito, dor de garganta, dor de ouvido, febre. A evolução se dá em torno de 7 dias. A maioria das IRA são virais, dispensando o uso de antibióticos, porém uma parcela das crianças podem ter Pneumonia Bacteriana, sendo necessário, então, o tratamento com antibiótico.

Entre as IRA, a pneumonia, sem dúvida, é a que representa maior risco à saúde da criança. Em função disso, é fundamental distingui-la das outras doenças, a fim de instituir tratamento em tempo hábil para evitar as suas complicações (hipóxia e septicemia).

As bactérias mais comuns responsáveis pela pneumonia são *Streptococcus pneumoniae* e o *Haemophilus influenzae*.

Quando uma criança está com tosse ou dificuldade para respirar, o importante é realizar uma avaliação para afastar a hipótese de pneumonia. A estratégia AIDPI não tem o objetivo de identificar se a tosse está sendo causada por uma laringite ou faringite, por exemplo, o propósito é saber se ela pode ser decorrente da pneumonia. Por esse motivo, a AIDPI não trabalha com Diagnóstico, mas sim com Classificação.

Partindo desse princípio, vamos conhecer como se avalia e classifica uma criança com tosse ou dificuldade para respirar.



VAMOS REFLETIR!

As infecções respiratórias agudas são o maior motivo de consulta em crianças em sua área? Por quê? Quais determinantes levam ao adoecimento por essas causas? Como sua equipe vem lidando com esse problema? O que você, profissional enfermeiro, pode realizar para minimizar o surgimento dessas doenças nas crianças de sua área? Os Agentes Comunitários de sua área conseguem identificar as crianças com IRA?

4.2 Avaliação e Classificação

Na avaliação de uma criança com tosse ou dificuldade para respirar, é possível verificar:

- Há quanto tempo a criança está com tosse ou dificuldade para respirar;
- Se a criança apresenta sibilância ocasional ou frequente;
- Respiração rápida;
- Tiragem subcostal;
- Estridor.

Agora vamos avaliar cada item:

Uma criança pode estar com tosse há mais de 30 dias. Quando isso ocorre, já podemos pensar que estamos lidando, possivelmente, com outros tipos de doenças que atingem o sistema respiratório como, por exemplo, a tuberculose. A criança com IRA não tem tosse por tanto tempo, ela é sempre inferior a esse período.

A sibilância, som produzido quando a criança expira, trata-se de um sinal comum na asma e não na pneumonia. Já a respiração rápida, em que, conforme relato da mãe “a criança está cansada”, é um sinal muito importante na avaliação, pois está relacionada à presença ou não de pneumonia. Para contar a frequência respiratória da criança, é necessário, de posse de um relógio com ponteiros de segundos, fazer a contagem por um minuto corrido. Também é importante que a criança esteja em repouso, tranquila (que não esteja chorando ou mamando), para que a contagem seja fiel, respeitando-se o tempo exato de um minuto - nunca se deve contar por 30 segundos e multiplicar por 2. A estratégia AIDPI definiu os seguintes limites para a Definição de Respiração Rápida:

Idade	Definição de Respiração Rápida
De 2 meses a menor de 12 meses	50
De 12 meses a menor de 5 anos	40

Dessa forma, uma criança de 3 meses tem respiração rápida se tiver com 50 ou mais respirações por minuto, assim como uma criança com 12 meses completos tem respiração rápida se tiver 40 ou mais respirações em um minuto. A respiração rápida é o sinal primordial para a classificação da criança com pneumonia.

De acordo com a AIDPI, além de saber se a criança está com pneumonia, deve-se ainda definir se o caso é grave. Assim, quando se observa durante o atendimento a presença do sinal

tiragem subcostal, utilização da musculatura acessória para a realização do movimento respiratório (retração da musculatura abaixo da última costela durante a inspiração) e do estridor, som produzido quando a criança inspira, existe informação suficiente para decidir sobre a gravidade do caso.

Agora vamos conhecer o quadro de classificação da tosse ou dificuldade para respirar, para que se possam adotar condutas mais apropriadas a cada caso.

O quadro apresenta três faixas; comece avaliando se a criança se encaixa na primeira faixa; caso isso ocorra, encaminhe a criança para um centro de referência. Se ela não se encaixa na primeira faixa, siga a avaliação de acordo com a segunda faixa, caso se enquadre nela, observe as condutas que devem ser tomadas. Você deverá classificar a criança em uma das três faixas e seguir as recomendações daquela em que a enquadrar mediante os sinais encontrados na consulta.

Quadro 4 - Classificação para crianças de 2 meses a menor de 5 anos de idade

Sinais	Classificação	Tratamento
Qualquer sinal geral de perigo ou tiragem subcostal ou Estridor em repouso	PNEUMONIA GRAVE OU DOENÇA MUITO GRAVE	<ul style="list-style-type: none"> § Dar a primeira dose de um antibiótico recomendado; § Referir urgentemente ao hospital.
Respiração Rápida	PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none"> § Dar um antibiótico recomendado por 7 dias; § Aliviar a tosse com remédio inócuo; § Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente; § Se tiver sibilância, tratar com broncodilatador por 5 dias; § Marcar retorno em 2 dias.
Nenhum sinal de pneumonia ou doença muito grave	NÃO É PNEUMONIA	<ul style="list-style-type: none"> § Se estiver tossindo há mais de 30 dias, encaminhar para avaliação; § Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente; § Se tiver sibilância, tratar com broncodilatador por 5 dias; § Marcar retorno em 5 dias.

Fonte: BRASIL, 2003b.

Os sinais gerais de perigo são indicativos de gravidade do caso, independente da sua origem, portanto deve-se referenciar a criança, quando esta apresentar qualquer um destes: não consegue beber nem mamar, vomita tudo o que ingere, apresentou convulsões, está letárgica ou inconsciente.

Como você deve ter observado, a última coluna de cada faixa está relacionada às condutas que devem ser tomadas para cada classificação. Dentre elas está a administração dos medicamentos preconizados pela estratégia, incluindo os remédios inócuos (sem efeitos nocivos), como os chás, utilizados para alívio da tosse.

Note que não são indicados xaropes para tosse, uma vez que podem levar à sedação e diminuição da expulsão de secreções do aparelho respiratório. **ATENÇÃO: o xarope Dexclorfeniramina NÃO deve ser ministrado a crianças menores de 2 anos.**

Você reparou que, para saber se uma criança tem pneumonia, o único sinal para sua classificação é a respiração rápida? Assim, não é necessário fazer ausculta pulmonar, RX, hemograma ou outros exames. Na estratégia AIDPI, o que vale é não deixar de fornecer o tratamento adequado caso não tenha disponibilidade de outras tecnologias. Vários estudos comprovam que a criança com pneumonia tem respiração rápida e que esse é o sinal de maior relevância na decisão da classificação.

As demais tecnologias podem sim comprovar aquilo que a respiração rápida indica, mas a falta delas não deve ser um fator que impossibilite a conclusão de que se trata ou não de pneumonia. Se for avaliada de acordo com a estratégia, não há como deixar passar despercebida uma criança que esteja com pneumonia, e é esse o objetivo da AIDPI.

Outra característica importante é que, em todas as classificações, a criança deve ter a garantia de retorno, a fim de ser avaliada novamente.

Na coluna que indica o tratamento, observe também que a mãe deve ser orientada sobre os sinais que indicam que ela deve retornar imediatamente com a criança. Muitas mães ficam

na dúvida em saber se um sinal novo ou recorrente pode ser indicativo de que a criança está piorando. Quando isso acontece, pode haver demora em levar a criança novamente à unidade de saúde. É de suma importância que a mãe seja esclarecida sobre a situação de seu filho e que saiba quais as condutas que ela tem que tomar em casa.

Os sinais que indicam que deve retornar imediatamente são: piora ou aparecimento da febre, a dificuldade de beber ou mamar e de respirar, respiração rápida e piora do estado geral.

4.3 Tratamento

O tratamento deve ser instituído de acordo com a classificação da criança. Para cada classificação há a indicação de um tipo de tratamento. Na primeira faixa do quadro de classificação, observe que, antes de referenciar a criança, indica-se a administração de uma dose de antibiótico. Adota-se essa prática porque o local onde se deu o atendimento pode ser muito distante daquele para onde a criança será referenciada; desse modo, a dose de medicamento significa uma garantia de proteção à criança durante o trajeto. O medicamento pode ser dado por via oral, ou no caso de a criança estar impossibilitada de engolir ou absorver a medicação, esta pode ser feita de forma injetável.

A AIDPI padronizou alguns medicamentos, levando-se em conta o espectro amplo de ação, a facilidade de aquisição e o custo.



VAMOS SABER MAIS!

Veja os manuais a seguir na biblioteca do módulo:

AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:
curso de capacitação: tratar a criança: módulo 4.

AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância:
curso de capacitação: aconselhar a mãe ou o acompanhante:
módulo 5.

Obs.: não deixe de utilizar o CIPESC nos diagnósticos e intervenções de enfermagem para os problemas respiratórios, observando quantos cuidados você pode implementar juntamente com a família. Embora a estratégia da AIDPI possibilite ao enfermeiro a prescrição dos medicamentos preconizados, quando da impossibilidade dessa realização, lembre-se sempre da prescrição dos cuidados de enfermagem, que é o que caracteriza a nossa profissão. Vamos mostrar aquilo que podemos fazer de melhor: a sistematização da assistência de enfermagem.

Seção 5 - DOENÇAS DIARREICAS

A diarreia é uma doença de curso autolimitado que atinge as crianças e está diretamente relacionada ao meio onde se vive. A maioria dos casos de diarreia é atribuída à ausência ou precariedade de saneamento básico.

No nosso país, a desidratação, que é uma complicação da diarreia, ainda é causa de mortalidade infantil. Dessa forma, todo profissional de saúde precisa estar atento a fim de trabalhar a questão da cidadania junto à comunidade, promovendo seu empoderamento, a fim de evitar que crianças continuem morrendo por essa causa evitável.

Esta seção tem o objetivo de avaliar a criança com diarreia e os sinais que indicam a desidratação.



VAMOS REFLETIR!

Em minha área, quais são as caracterizadas como de risco para o surgimento de diarreia? Como estão os dados sobre tratamento da água dentro do domicílio? Como sensibilizar a população da área quanto à questão da higiene corporal e ambiental? Atividades de educação em saúde sobre a prevenção da desidratação são realizadas?

Antes de falarmos sobre os fatores de risco, vamos primeiramente conceituar diarreia. De acordo com Brasil (2002), “diarreia é geralmente definida como a ocorrência de três ou mais evacuações amolecidas ou líquidas em 24 horas”.

Em sua maioria, as condições do meio são fatores primordiais para o desencadeamento da diarreia. Tais fatores estão relacionados à falta ou precariedade de saneamento básico, como por exemplo: ingestão de água inadequada para o

consumo, ausência de fossa séptica ou rede de esgoto, contato com fezes humanas ou de animais, contato direto com água servida ou espalhada no meio ambiente. Hábitos precários de higiene corporal também estão relacionados às doenças diarreicas, como, não lavagem das mãos antes de realizar as refeições, utilização de alimentos em mau estado de conservação ou sem os devidos cuidados de higiene em sua manipulação, ausência de higiene das mãos após o uso de sanitários.

Doenças como a Fibrose Cística e Doença Celíaca também podem causar diarreia, assim como alguns tipos de vírus como o Rotavírus, bactérias como a Shiguella, ou ainda a cólera. Nas crianças menores de 6 meses de idade, o desmame precoce é uma importante causa de diarreia.

Como você pode ver, são várias as causas que podem levar ao quadro de diarreia, sendo que algumas crianças estão mais expostas a esse risco, dentre essas, as que vivem em precárias condições, as que estão recebendo leite artificial como complemento ou aquelas que já foram totalmente desmamadas, as que não foram imunizadas contra o Rotavírus, aquelas que são portadoras de doenças relacionadas a distúrbios de absorção, as desnutridas e crianças com erro alimentar.

Quando temos uma criança com diarreia, é fundamental focar o atendimento para o tratamento precoce a fim de evitar a desidratação, que se caracteriza por uma perda anormal de água e eletrólitos, podendo levar a criança a óbito.

Antes de conhecermos o tratamento, é preciso classificar a diarreia, e para isso, mais uma vez iremos utilizar a estratégia AIDPI para padronizarmos o atendimento.

5.1 Classificação

Para classificarmos a diarreia, é preciso primeiramente saber há quanto tempo a criança está acometida por essa doença. A diarreia que dura 14 dias ou mais pode ser classificada como

diarreia persistente, podendo ser relacionada a erro alimentar. Deve-se também perguntar se há sangue nas fezes, caso haja, trata-se de disenteria, ou seja, é causada por bactéria. No Brasil, a maior causadora de disenteria é a Shiguella e, quando isso ocorre, a criança deve fazer uso de antibioticoterapia.

Lembre-se de que, pela AIDPI, indica-se sempre a verificação da existência de sinais gerais de perigo para então iniciar a avaliação. Na criança com diarreia, **SEMPRE** avaliar se há sinais de desidratação, importantes indicadores da gravidade do caso e essenciais para definir as classificações.

Uma criança com diarreia pode apresentar os seguintes sinais de desidratação:

- **Olhos fundos:** é muito importante contar com a percepção da mãe para ajudar na identificação, pois uma criança pode ter olhos fundos por característica própria, sem que isso esteja relacionado à desidratação. Por isso, a percepção da mãe, assim como em praticamente todas as situações relacionadas à criança, deve ser levada em consideração.
- **Irritabilidade:** a criança, quando desidratada, pode manifestar irritação, sem que se possa consolá-la.
- **Letargia ou inconsciência:** neste caso, o quadro é tão grave que a criança pode não reagir a estímulos externos.
- **Sede e avidez ao beber água:** quando a desidratação está instalada, a sede pode ser intensa, já que o organismo tenta compensar a perda de água ocasionada pela diarreia.
- **Dificuldade para beber:** a gravidade de seu estado impede a criança de ingerir líquidos.
- **Sinal da prega:** para definir o grau de hidratação, é importante realizar este teste: você deve fazer uma prega, ou seja, segurar a pele do abdômen por um segundo, na linha vertical ao lado do umbigo, com os

dedos polegar e indicador. Ao soltar a pele, verifique se ela volta ao seu estado normal imediatamente, lentamente (até 2 segundos) ou muito lentamente (mais de 2 segundos). O tempo que leva para a pele voltar ao seu estado anterior indica o grau de hidratação da criança.



BRASIL, 2002.

As classificações estão relacionadas ao estado de hidratação da criança, dessa forma, veja como a AIDPI classifica as crianças com diarreia de acordo com o quadro a seguir:

Quadro 5 - Classificação do estado de hidratação da criança

Sinais	Classificação	Tratamento
<p>Dois dos sinais que se seguem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Letargia ou inconsciência • Olhos fundos • Não consegue beber ou bebe muito mal • Sinal da prega: a pele volta muito lentamente ao estado anterior 	<p>DESIDRATAÇÃO GRAVE</p>	<p>Se a criança não se enquadrar em nenhuma outra classificação grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Iniciar Terapia Endovenosa (Plano C). <p>OU</p> <p>Se a criança também se enquadrar em outra classificação grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Referir URGENTEMENTE ao hospital, com a mãe administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto. • Recomendar à mãe continuar a amamentação ao peito. <p>Se a criança tiver 2 ou mais anos de idade, e se houver cólera na sua região, administrar antibiótico contra a cólera.</p>
<p>Dois dos sinais que se seguem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inquietação e irritação • Olhos fundos • Com sede intensa, bebe avidamente • Sinal da prega: a pele volta lentamente ao estado anterior 	<p>DESIDRATAÇÃO</p>	<p>Administrar SRO no Serviço de Saúde (PlanoB)</p> <p>Se a criança também se enquadrar em uma classificação grave devido a outro problema:</p> <ul style="list-style-type: none"> • - Referir URGENTEMENTE ao hospital com a mãe administrando-lhe goles frequentes de SRO durante o trajeto. • Recomendar à mãe continuar a amamentação ao peito. <p>Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente.</p> <p>Seguimento em cinco dias se não melhorar.</p>
<p>Não há sinais suficientes para classificar como desidratação ou desidratação grave</p>	<p>SEM DESIDRATAÇÃO</p>	<p>Dar alimentos e líquidos para tratar a diarreia em casa (Plano A).</p> <p>Informar a mãe sobre quando retornar imediatamente.</p> <p>Seguimento em cinco dias se não melhorar.</p>

Observe bem o quadro e veja as classificações. Aqui estamos vendo a classificação do estado de hidratação. Não estamos focando na diarreia, e sim na possibilidade de a criança estar com desidratação. Dessa forma a criança pode estar com diarreia e desidratação grave, diarreia e desidratação e diarreia sem desidratação.

Agora você vai conhecer o quadro que classifica a diarreia que dura 14 dias ou mais, ou seja, a diarreia persistente:

Quadro 6 - Classificação da diarreia persistente

Sinais	Classificação	Tratamento
Há desidratação	DIARREIA PERSISTENTE GRAVE	Tratar a desidratação antes de referir a criança, a não ser que esta se enquadre em outra classificação grave. Referir ao hospital.
Não há desidratação	DIARREIA PERSISTENTE	Informar a mãe sobre como alimentar uma criança com DIARREIA PERSISTENTE. Dar multivitaminas e sais minerais. Marcar o retorno em cinco dias.

BRASIL, 2002b.

O quadro a seguir, classifica a Disenteria:

Quadro 7 - Classificação da Disenteria

Sinais	Classificação	Tratamento
Sangue nas fezes	DISENTERIA	Dar um antibiótico recomendado em sua região para <i>Shigella</i> durante cinco dias, se houver comprometimento do estado geral. Marcar o retorno em dois dias.

BRASIL, 2002b.

A criança com disenteria também pode estar desidratada, lembre que o estado de hidratação deve **SEMPRE** ser avaliado na criança com diarreia.

5.2 Tratamento

Agora vamos abordar o tratamento de acordo com os quadros de classificação.

Vamos iniciar com o quadro que classifica o estado de hidratação da criança na faixa **Desidratação Grave**, classificação em que se usa o **Plano C** de tratamento, que deve ser imediato, por via endovenosa, para evitar o óbito.

Para tratar a criança com desidratação, é necessário usar o **Plano B**, que é realizado na Unidade de Saúde e tem duração mínima de 4 horas. O objetivo é reidratar a criança e mantê-la em observação durante o período. Consiste em oferecer Solução de Reidratação Oral (SRO) de acordo com o peso da criança. Dessa forma, pesa-se a criança e multiplica o seu peso por uma constante (75 ml).

Vamos para o exemplo: a criança pesa 10 kg, portanto multiplica-se o seu peso por 75 e você terá 750 ml. Esses 750 ml serão oferecidos por via oral em 4 horas. Nessas primeiras 4 horas, a alimentação deve ser interrompida. Terminadas as 4 horas, reavaliar a criança e, caso a mesma não tenha mais sinais de desidratação ela deverá ser liberada com o Plano A de tratamento, para que continue sendo reidratada em casa. Se, após as 4 horas, a criança ainda tenha sinais de desidratação, ela deve novamente ser submetida a mais 4 horas de Plano B. Nesse segundo período de Plano B, a alimentação deve ser introduzida de forma gradual. Dificilmente a criança precisa de dois períodos de Plano B, ela reidrata no período de 4 horas de Terapia de Reidratação Oral (TRO).

Quando a criança se enquadra na última faixa do quadro, ou seja, caracterizada como diarreia sem desidratação,

implementa-se o Plano A de tratamento, que consiste em oferecer a solução de reidratação oral em casa para evitar que a criança desidrate, manter a alimentação que a criança está habituada a receber, oferecer líquidos adicionais como, leite materno, água de coco, suco de frutas e oferecer a SRO ou soro caseiro após cada evacuação.

Como a diarreia persistente está relacionada ao erro alimentar, principalmente em crianças desnutridas e que não estejam recebendo leite materno, a AIDPI faz as recomendações a seguir:

Recomendações para a alimentação de criança com DIARREIA PERSISTENTE

Criança ainda amamentada ao peito: amamentar com mais frequência e por tempo mais longo, de dia e à noite.

Para criança tomando outro tipo de leite:

- Em aleitamento misto, substituir por mais amamentação ao peito; OU
- Em menores de 4 meses de idade, em aleitamento misto ou sem aleitamento materno, reduzir o volume do leite oferecido em cada refeição para a metade e misturar, em partes iguais, com mucilagem de arroz; OU
- Em maiores de 4 meses, ainda amamentadas, recomendar dar o leite materno com maior frequência e substituir, gradativamente, o leite artificial por outros alimentos; OU
- Em maiores de 4 meses de idade, em aleitamento misto ou sem aleitamento materno, substituir metade das refeições lácteas por alimentos semissólidos ricos em nutrientes; OU
- Substituir o leite por produtos com baixo teor de lactose, como a coalhada, iogurte e produtos de soja.

Para outros alimentos: seguir as recomendações de alimentos para a idade da criança, aumentando a frequência de refeições em, pelo menos, seis vezes ao dia.

Fonte: BRASIL, 2002.

O manejo adequado da criança com diarreia deve, primordialmente, estar focado nos sinais de desidratação, para evitá-la ou tratá-la, uma vez que pode levar a criança rapidamente ao óbito. Portanto, jamais se esqueça disto: quando atender uma criança com diarreia, **SEMPRE** avalie os sinais de desidratação!

Importante: Consulte a CIPESC para identificar os diagnósticos e intervenções de enfermagem que podem fazer parte do seu plano de cuidados.

Seção 6 - ABORDAGEM NA CONSULTA DE ENFERMAGEM

A abordagem da criança durante a consulta de enfermagem é uma habilidade desenvolvida pelo enfermeiro durante a sua vida profissional. Trabalhar com crianças requer conhecimento específico e principalmente habilidade em lidar com elas. A comunicação verbal e não verbal é muito importante e vai variar de acordo com a idade da criança.



VAMOS REFLETIR!

Você realiza a consulta de enfermagem nas crianças menores de 2 anos em sua área? Que fatores facilitam ou dificultam a realização da consulta? Considera as medidas antropométricas apenas, como uma consulta de enfermagem? Procura estudar sobre o tema, aumentar suas competências?

Crianças entre quatro e cinco anos, por exemplo, gostam muito de assistir a desenhos. Você poderá perguntar sobre o desenho de sua preferência e mostrar a ela que também gosta de assistir a ele. Dessa forma, a criança passa a perder o medo e demonstra mais confiança, pois aconteceu uma aproximação entre ambos e ela passa a enxergá-lo não mais com estranheza, mas como alguém que conhece o mundo dela e se interessa por ele.

Você pode usar várias formas de se comunicar com ela, ou por meio de conversas que possam interessá-la ou mostrando um brinquedo, fazendo uma brincadeira, ou tocando-a com delicadeza.

Muitas vezes, quando vemos entrando no consultório uma criança no colo de sua mãe, temos o impulso de tomá-la nos braços para brincar. A maioria das crianças não gostam desse

tipo de abordagem, sentem medo de serem retiradas do colo da mãe e podem começar a chorar; quando isso ocorre, você pode não conseguir mais acalmá-la e correrá o risco de não conseguir realizar o exame físico completo da criança.

A criança também pode ter medo dos materiais utilizados no exame físico, como por exemplo, o estetoscópio, por isso, enquanto faz a entrevista com a mãe, deixe os materiais ao alcance da criança para que ela possa pegá-los, brincar com eles e perder o receio.

O consultório deve, de preferência, ser um ambiente apropriado para crianças, com decoração nas paredes, bem iluminado e arejado, com cores alegres, com brinquedos, fantoches, que são auxiliares importantes para proporcionar um ambiente mais receptivo à criança.

Conforme colhe o histórico da criança, dê atenção a ela também, peça para que participe da conversa quando for o caso, ou faça brincadeiras com ela, mostre os brinquedos, faça amizade, mostre-lhe confiança e respeito.

Uma boa alternativa é preencher a ficha de desenvolvimento assim que terminar a entrevista, antes de iniciar o exame físico, pois, dependendo da idade da criança, esse procedimento pode se tornar uma brincadeira. Também garante que você possa fazer a avaliação sem correr o risco de a criança começar a chorar. Se iniciar o exame físico primeiro e fizer, por exemplo, algum procedimento mais doloroso, ela poderá chorar e você correrá o risco de não avaliar o desenvolvimento nesta consulta.

Em crianças menores de 6 meses, é possível que você consiga fazer o exame físico com a criança na mesa de exames. Em crianças maiores, é melhor fazer tudo o que for possível com a criança no colo da mãe.

Contar a Frequência Respiratória e Cardíaca antes de iniciar o exame também pode ser mais apropriado, pois, se a criança começar a chorar, você perderá os parâmetros de normalidade.

Sempre que houver uma queixa, deixe para examinar o órgão doloroso por último, para não provocar o choro. Por exemplo: se a criança está com dor abdominal, deixe para fazer a palpação do abdômen por último.

Pesar a criança ou medir sua estatura e perímetro cefálico também deve ser a última coisa a ser feita, para evitar que a criança chore.

Vamos tentar utilizar a sequência a seguir:

- Inicie a entrevista com a mãe e não retire a criança de seu colo;
- Ofereça brinquedos ou material utilizado no exame para que ela possa se familiarizar com o ambiente;
- Preencha a Ficha de Acompanhamento do Desenvolvimento assim que terminar a entrevista;
- Inicie o exame físico, começando por contar a Frequência Respiratória e Cardíaca com a criança no colo da mãe, depois proceda com o restante, decidindo, de acordo com a idade da criança, se a colocará na mesa de exames ou continuará o procedimento no colo da mãe;
- Se tiver que fazer algum procedimento, como palpação em uma área dolorosa, faça-o por último no exame físico;
- Terminado o exame, tome suas medidas com a régua antropométrica e por último coloque a criança na balança.

Quando for retirar a roupa da criança, dependendo da idade, peça para que a mãe o faça; a criança sempre se sentirá mais segura quando sua mãe está por perto, protegendo-a.



VAMOS SABER MAIS!

Consulte os artigos disponibilizados na biblioteca do módulo:
Ouvindo as mães sobre consulta de enfermagem a seus filhos.
Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à
criança na atenção básica.

REFERÊNCIAS

ALVES, C. R.L; MOULIN, Z.S. **Saúde da criança e do adolescente: crescimento, desenvolvimento e alimentação**; Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

ARIÉS, P. *História Social da Criança e da Família*. 2.ed. Zahar, 1978.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil** / Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: introdução: módulo 1.** / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. - 2. ed. rev., 1.^a reimpressão - Brasília: Ministério da Saúde, 2003a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: tratar a criança: módulo 4.** / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. - 2. ed. rev., 1.^a reimpressão - Brasília: Ministério da Saúde, 2003c.

BRASIL. Ministério da Saúde. **AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: aconselhar a mãe ou o acompanhante: módulo 5**/ Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. AIDPI Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância: curso de capacitação: avaliar e classificar a criança de 2 meses a 5 anos de idade: módulo 2 / Ministério da Saúde, Organização Mundial da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. - 2. ed. rev. - Brasília: Ministério da Saúde, 2003b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: nutrição infantil: aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Política de Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. **Guia alimentar para crianças menores de dois anos** / Secretaria de Políticas de Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. - Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BRÊDA, M. Z.; ROSA, W. A. G.; PEREIRA, M. A. O.; SCATENA, M. C. M. Duas estratégias e desafios comuns: a reabilitação psicossocial e a saúde da família. **Revista Latino - americana de Enfermagem**, v. 13, n. 3, p. 450 - 452, mai./jun. 2005.

DOVERA, T.M.D.S. **Nutrição Aplicada à Enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FIGUEIRAS, A.C.M.; et al. Manual para vigilância do desenvolvimento infantil no contexto da AIDPI. Organização Pan-americana de Saúde, 2005.

GOULART, L.M.H.F; VIANA, M.R.A. **Saúde da criança e adolescente: agravos nutricionais**. Caderno de estudo do Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Belo Horizonte: Coopmed, 2008.

NUNES, C.B; SILVA, C.V; FONSECA, A.S. Ouvindo as mães sobre a consulta de enfermagem a seus filhos. **Rev. Actha Paulista; 16(3): 31-40, jul-set.2003.**

SAPAROLLI, Eliana Campos Leite; ADAMI, Nilce Piva. Avaliação da estrutura destinada à consulta de enfermagem à criança na atenção básica. *Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v. 44, n. 1, Mar. 2010.*

SCHIMITZ, E.M.R. **A enfermagem em pediatria e puericultura.** São Paulo. Atheneu, 2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Curso de Especialização em Saúde da Família - Modalidade a Distância Saúde da criança: enfermagem [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Heitor Tognoli... [et al.]. - Florianópolis, 2010. 126 p. (Eixo 2. assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família)
Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

VITOLLO, M.R. **Nutrição da Gestante à Adolescência.** Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.

WONG, D.L. **Enfermagem Pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva.** 5. ed. Rio de Janeiro, 1999.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. **Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família;** 4.ed. São Paulo: Rocca, 2009.

CAPÍTULO 2

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADOLESCENTE

Prezado aluno, para chegar até o presente momento deste curso, a caminhada foi longa, não é verdade? Quem bom que você não desistiu e continua com sede de conhecimento.

A vida dos adolescentes é permeada de novidades, descobertas e transformações, mas infelizmente também tem sido acompanhada de agravos, como a violência, o uso de drogas, gestações não planejadas etc.

Nesta seção, você aprofundará seus conhecimentos com relação à assistência à saúde do adolescente e, para isso, vamos destrinchar alguns pontos que foram citados no módulo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, Unidade IV, e acrescentar outros assuntos para contribuir ainda mais com a melhoria de sua prática profissional.

Este capítulo tem como objetivos:

- Conhecer as principais causas e consequências de uma gestação não planejada durante a adolescência, visando à prevenção de novas ocorrências e decorrentes agravos, como o aborto;
- Contextualizar a violência praticada e sofrida pelos adolescentes e jovens de nossa sociedade, especificando os principais tipos e consequências;
- Apontar os principais tipos de drogas (lícitas e ilícitas) utilizadas por adolescentes e jovens e a atual classificação de consumo e diagnóstico;
- Especificar as medidas socioeducativas previstas pelo Estatuto da Criança e do Adolescente e as possíveis formas de proteção e de aplicação de penalidades em caso de infrações criminais;
- Diferenciar os tipos de transtornos alimentares mais comuns na adolescência e descrever seus sinais, sintomas e consequências fisiológicas;
- Estruturar a Consulta de Enfermagem direcionada à população adolescente embasada na Sistematização da Assistência de Enfermagem - SAE.

Seção 1 - AGRAVOS À SAÚDE DO ADOLESCENTE

Durante a sua rotina diária de trabalho na Estratégia Saúde da Família, você já diagnosticou quais são os principais agravos que atingem os adolescentes de seu município? Do que eles morrem? Existe algum tipo de ação voltada especificamente para essa população?

Por estarem na fase mais saudável de sua vida, os adolescentes têm como principais responsáveis por sua morbimortalidade as causas externas (violência, acidentes de trânsito, drogadição, entre outras).

Assim, pelas características típicas de sua fase de desenvolvimento, os adolescentes se encontram mais vulneráveis a certas situações prejudiciais; neste sentido, uma gestação não planejada pode ser considerada um agravo.

1.1 Gestação não planejada na adolescência

A gestação é um evento ímpar na vida das mulheres e extremamente desejado pela maioria delas. É descrita pelas mães como uma vivência maravilhosamente única, capaz de transformar planos e com repercussões para o resto da vida.

Então, qual seria o motivo pelo qual uma gestação na adolescência seja tratada como um problema de saúde pública? Na verdade é tratada assim nem tanto por ocorrer na adolescência e sim por não ter sido planejada, já que um evento dessa magnitude, sem planejamento, pode representar problema em qualquer faixa etária, sobretudo na adolescência, quando, pelas características físicas e emocionais típicas da fase, o evento torna-se ainda mais complexo.

Em alguns lugares do mundo e do Brasil, até certo tempo atrás e ainda hoje, a existência de uma mulher resumia-se ao casamento e à procriação; assim, quanto mais cedo isso

ocorresse, melhor, pois o casamento, devido ao grande número de filhos que os casais possuíam, representava uma significativa economia.

Na atualidade, porém, pelo grande valor social e econômico conquistado pela mulher, a gestação vem sendo cada vez mais adiada e, quando ocorre na adolescência, pode ser considerada como problema de saúde pública.

A taxa de fecundidade no Brasil tem apresentado declínio ao longo dos anos em todas as faixas etárias, porém, na faixa etária que vai dos 15 aos 19 anos, verifica-se um constante aumento (IBGE, 2008).

1.1.1 Causas

As principais causas da ocorrência de gestações não planejadas na adolescência relacionam-se aos aspectos emocionais da adolescente e ao estilo de vida do mundo atual. É fato que a maturação sexual atingida precocemente pelas jovens e a consequente iniciação sexual, também cada vez mais precoce, apresentam influência direta.

A sensação de indestrutibilidade, típica dessa fase, também contribui para uma maior exposição pela prática sexual desprotegida. Da mesma forma, o imediatismo, outra característica emocional responsável pela busca do prazer instantâneo, faz com que a adolescente nem considere a possibilidade de engravidar.

A sociedade, é claro, também apresenta sua parcela de responsabilidade. A omissão de informação por parte dos adultos e, em contrapartida, o apelo erótico da mídia resultam em incentivo ao comportamento inconsequente dos adolescentes.

É importante lembrar que os fatores socioeconômicos apresentam relação direta com a ocorrência dos casos de gestação na adolescência; assim, quanto mais precária é a condição econômica e mais baixa a escolaridade, é maior o índice da gravidez.

Neste enfoque, convém ressaltar dois aspectos. O primeiro diz respeito à observação de que a situação tende a repetir-se, ou seja, filhas de mães que engravidaram durante a adolescência, frequentemente, engravidam na mesma faixa etária.

O segundo aspecto é um pouco mais subjetivo. Nas populações de classes econômicas mais baixas, que geralmente não têm acesso à saúde, cultura, lazer e emprego, uma gravidez pode representar instantânea elevação de status social. Por exemplo, se uma mulher grávida entra em um ônibus lotado, é comum lhe cederem o lugar, assim como nas filas de banco e supermercados sua preferência será garantida.

Pesquisas mostram que as adolescentes que engravidam são, em sua maioria, as que têm baixa autoestima, logo a gestação não deixa de ser uma forma de serem “vistas” pela sociedade e, por essas razões, a gravidez se torna desejável. É pelas mesmas razões que já não se utiliza a expressão “Gravidez Indesejada” e sim “Gravidez Não Planejada”.

1.1.2 Consequências

As consequências de uma gestação não planejada na adolescência são várias, compreendendo os aspectos físicos e sociais.

As adolescentes, de uma forma geral, não mudam seu estilo de vida quando se encontram grávidas; se frequentam festas noturnas, continuam frequentando durante a gestação; da mesma forma, se fazem uso de bebidas alcoólicas ou drogas, também não suspendem o uso durante a gravidez.

A ausência do pré-natal ou a realização precária do mesmo, figuram dentre as principais causas de complicações durante a gestação, parto e puerpério em adolescentes.

Seja por não enxergarem necessidade, seja por vergonha da barriga ou ainda por não terem acesso, o fato é que as adolescentes gestantes raramente procuram a Unidade de Saúde

da Família e, quando o fazem, já se encontram em meados do terceiro trimestre da gravidez e a esta altura pouco se pode fazer para prevenir ou tratar certas situações.

O prazo mínimo de dois anos entre uma gestação e outra também não é respeitado pelas adolescentes, sendo comum a recorrência da gravidez ainda nos primeiros seis meses após o parto.

Dentre as consequências físicas podemos destacar:

- Desproporção fetopélvica, que aumenta conforme o estágio de desenvolvimento puberal da adolescente (quanto menor o estágio, maior a desproporção);
- Mortalidade neonatal;
- Baixo peso ao nascer;
- Anemia ferropriva;
- Mortalidade materna;
- Aborto espontâneo;
- DHEG - Doença Hipertensiva Exclusiva da Gestação;
- Prematuridade, dentre outras.

Já dentre as consequências sociais, a interrupção dos estudos é a mais evidente. Escolas e universidades raramente oferecem estrutura para as mães estudantes, sendo comum a evasão escolar e a dificuldade de retorno à escola. Com a ausência da escolaridade, a profissionalização fica comprometida e, conseqüentemente, o desemprego se instala, deixando claro um círculo vicioso que perpetua a pobreza.

Dessa forma, a atuação do profissional enfermeiro torna-se imprescindível, por criar oportunidades de diálogo e apoio, os quais a adolescente não possui em sua família e podem ser supridos por uma atenção multiprofissional qualificada.

Aborto

Mais uma das consequências da gestação não planejada é o aborto provocado. Trata-se da interrupção deliberada da gravidez pela extração do feto da cavidade uterina. A forma de realização do aborto varia de acordo com a idade gestacional e, dentre os métodos mais utilizados, estão:

- **A sucção ou aspiração:** mais utilizado no início da gestação, consiste em sugar partes do feto com um aspirador cirúrgico.
- **Adilatação e curetagem:** método mais comum, também utilizado em casos de aborto espontâneo; a cureta é um instrumento cirúrgico com o qual primeiramente desmembra-se o feto para facilitar a remoção e depois “raspa-se” o útero para retirar possíveis restos de tecido que podem causar infecções. É comum neste procedimento a ocorrência de hemorragia e lesões uterinas.
- **Injeção de soluções salinas:** extrai-se o líquido amniótico e, em seu lugar, é injetada uma solução salina concentrada; a morte do feto é decorrente de desidratação e hemorragia. Este método geralmente é utilizado após a 16ª semana de gestação.
- **Misoprostol:** medicamento também conhecido como Cytotec, que chegou ao Brasil em 1986 para tratamento de úlceras gástricas; como era vendido indiscriminadamente em farmácias, teve seus efeitos abortivos rapidamente divulgados.

Embora revoltante para a maioria das pessoas, a discussão acerca da prática do aborto merece considerações práticas. A primeira refere-se ao fato de que ser considerado como crime não parece inibir a prática do aborto.

O Código Penal brasileiro só permite a realização de abortos quando a gravidez representa risco de morte para a

mulher ou quando for decorrente de estupro (Art. 128, I e II).

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde - OMS, cerca de metade das gestações são indesejadas e uma em cada nove mulheres recorre ao aborto.

Um dado importante proveniente da Agência Nacional dos Direitos da Infância (ANDI) é que mais da metade das adolescentes grávidas de classe média alta recorrem ao aborto quando não podem ou não querem a gestação. Tais informações subsidiam a afirmação de que o aborto é praticado em todas as classes sociais, porém apenas nas classes menos favorecidas ele é recriminado e/ou penalizado.

Aliás, em sua grande maioria, os casos de aborto só são contabilizados dentre os procedimentos hospitalares do Sistema Único de Saúde - SUS, ou seja, os abortos malsucedidos, realizados de forma precária e que apresentam complicações, obrigam as mulheres a procurar assistência médica na rede pública de saúde, quando entram para as estatísticas. Já os abortos realizados com assistência clínica adequada dificilmente são considerados.

A segunda consideração prática abrange essa prática do aborto inseguro, que tem sido considerada a quarta causa de mortalidade materna no país, tendo estes números refletidos no SUS.

No Brasil, calcula-se que o índice de abortamento seja de 31%, com ocorrência de aproximadamente 1,44 milhão de abortos espontâneos e inseguros, com taxa de 3,7 para cada 100 mulheres. Só em 2004, 243.988 mulheres foram internadas para fazer curetagem pós-aborto (ANDI, 2002).

Dentre as complicações clínicas decorrentes do aborto estão as hemorragias, infecções, lesões uterinas, esterilidade e até o óbito, porém as consequências emocionais talvez sejam as que mais trazem prejuízos, por vezes irreversíveis.

O profissional da saúde, independentemente de seus valores pessoais, jamais deve julgar, tampouco condenar uma paciente

que tenha realizado aborto. Inúmeras são as circunstâncias em que a gestação pode ter ocorrido e, dependendo da situação, recorrer ao aborto pode realmente parecer a única opção para a mulher.

São comuns os relatos de adolescentes que engravidam após recorrentes abusos sexuais de familiares próximos ou, mesmo quando engravidam do namorado e desejam levar a gestação até o final, podem ser obrigadas pelos pais a realizarem o aborto, pais que provavelmente se omitiram no apoio à prevenção.

Condenar e acusar uma adolescente trará pouco ou nenhum proveito, até porque o aborto já foi realizado e culpar a adolescente não reverterá a situação, resta-nos apoiar e prevenir novos abortos.



VAMOS SABER MAIS!

Você sabia que o Ministério da Saúde lançou em 2004 a Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento? Esse material também está disponível no ambiente virtual. A iniciativa teve como base as estatísticas que revelam as complicações decorrentes de abortos inseguros como a quarta causa de morte materna no país.

A ideia é qualificar a atenção às mulheres em processo de abortamento e diminuir a mortalidade materna. Não se trata de legalizar o aborto, mas de padronizar o atendimento das mulheres em situação de risco que procuram o SUS com complicações de aborto.

1.2 Violência urbana

A violência urbana inclui as causas externas que são os acidentes de trânsito, os óbitos e mutilações por armas de fogo e armas brancas, afogamentos, suicídios, entre outros.

A publicação Síntese de Indicadores Sociais, lançada pelo IBGE, revela crescimento de morte de jovens associada à violência a partir da década de 1980. O problema atinge principalmente jovens do sexo masculino com idade entre 20 e 24 anos.

Entre 1980 e 2003, a incidência desse tipo de morte entre jovens do sexo feminino sofreu pequena variação, indo de 18 para 22 óbitos a cada 100 mil jovens, porém no sexo masculino, no mesmo período, houve aumento de 121 para 184 óbitos a cada 100 mil. Portanto, em 2003, morriam cerca de 10 vezes mais jovens do sexo masculino do que do sexo feminino (IBGE, 2004).

Recentemente, a violência urbana, representada também pelos assaltos, sequestros, estupros, dentre outros tipos, vem sendo executada basicamente por jovens e adolescentes.



VAMOS REFLETIR!

Atenção! A violência traz sempre um cunho de poder, de domínio de um sobre o outro; assim, os indivíduos considerados mais frágeis ou pertencentes a classes minoritárias, como as mulheres, idosos, crianças e adolescentes são sempre os mais atingidos.

1.3 Bullying

Sem termo equivalente na língua portuguesa, o bullying define-se universalmente como “um conjunto de atitudes agressivas, intencionais e repetitivas, adotado por um ou mais alunos contra outro(s), causando dor, angústia e sofrimento”.

Insultos, intimidações, apelidos cruéis e constrangedores, gozações que magoam profundamente, acusações injustas, atuação de grupos que hostilizam, ridicularizam e infernizam

a vida de outros alunos, levando-os à exclusão, além de danos físicos, psíquicos, morais e materiais são algumas das manifestações do comportamento bullying.

A prática do bullying não se restringe ao ambiente escolar, podendo estar presente também nas famílias, nos locais de trabalho, nos condomínios residenciais, enfim onde existam relações interpessoais.

Segundo Fante (2008), pesquisadora do fenômeno bullying, as causas desse tipo de comportamento abusivo são inúmeras e variadas. Deve-se à carência afetiva, à ausência de limites e ao modo de afirmação de poder e de autoridade dos pais sobre os filhos, por meio de “práticas educativas” que incluem maus-tratos físicos e explosões emocionais violentas. Estudos constataram que 80% daqueles classificados como “agressores” atribuíram como causa principal do seu comportamento a necessidade de reproduzir contra outros os maus-tratos sofridos em casa ou na escola.

1.4 Violência intrafamiliar ou doméstica

Os lares, representados pelas famílias, deveriam significar proteção e segurança para as crianças e adolescentes, porém por mais terrível que pareça, é dentro deles que a violência predomina.

A relação de poder e domínio é clara na convivência entre adultos e crianças, em que frequentemente os pais reduzem os filhos à condição de objeto, impondo-lhes castigos os mais variados e abusando de sua autoridade.

A violência doméstica é constantemente encoberta pelos membros da família, inclusive pela própria vítima, seja por vergonha, medo ou pela situação de dependência da vítima com relação ao agressor.

A violência intrafamiliar engloba vários tipos de violência, dentre elas:

- **Violência física:** uso de força física de forma intencional, com o auxílio ou não de objetos, cujo objetivo é ferir ou matar;
- **Violência psicológica ou emocional:** ato de rejeitar, discriminar, humilhar ou desrespeitar, através de cobranças, ameaças e pressões exageradas;
- **Negligência:** ato de omissão em prover as necessidades humanas básicas da criança ou adolescente por parte do responsável quando este possui meios e condições de fazê-lo.
- **Violência sexual:** utilizar criança ou adolescente para satisfação sexual de adulto ou adolescente mais velho. Inclui manipulação da genitália, mamas ou ânus, exploração sexual, voyeurismo, pornografia, exibicionismo, bem como o ato sexual com ou sem penetração, com ou sem o uso de violência.

Vale lembrar que o termo estupro já pode ser utilizado com relação ao sexo masculino, antes considerado apenas como atentado violento ao pudor.

A violência sexual tem como agressor, em sua grande maioria, o pai biológico, padrasto ou parentes próximos ou ainda amigos e vizinhos; de qualquer forma, o agressor é quase sempre alguém que frequenta a casa da vítima e convive com esta, alguém em que a vítima confia.

O profissional de saúde que estiver assistindo uma vítima de violência intrafamiliar deve considerar seus relatos, ainda que se trate de uma criança, não se precipitando na conclusão de que se trata de “fantasia”.

Portanto, deve ficar atento a sinais sugestivos de violência em crianças e adolescentes, como lesões repetidas, isolamento, depressão, exibicionismo, interesse sexual impróprio para a idade, manipulação da genitália, DSTs.

Certos comportamentos dos pais também podem ser suspeitos, como em caso de criança levada com frequência à unidade de saúde e cujos pais demonstram cuidado excessivo, não permitindo que esta fique nem um momento longe de sua presença. Esse tipo de comportamento pode demonstrar insegurança e receio de que a criança relate a realidade.

Crianças muito pequenas, que podem não conseguir explicar exatamente o que houve, costumam se expressar muito bem através de desenhos.

De qualquer forma a atuação de uma equipe multiprofissional faz-se necessária.

1.5 Uso e abuso de drogas na adolescência

Conceitualmente, droga é toda e qualquer substância, natural ou sintética, que, introduzida no organismo, modifica suas funções, o que inclui todos os medicamentos. Porém, no senso comum, o termo “drogas” refere-se apenas às consideradas drogas ilícitas, o que automaticamente exclui o álcool e o tabaco.

Atualmente, alguns autores estão utilizando o termo “substâncias psicoativas” para determinar o conjunto de substâncias que podem desencadear agravos à saúde. O uso dessas substâncias tem aumentado principalmente na população jovem e apresenta seu início cada vez mais precoce.

Novamente as características emocionais típicas da fase em que se encontra impulsionam o adolescente a experimentar novas sensações e a buscar o prazer imediato, atitudes decorrentes de dois importantes fatores que integram esse processo, a curiosidade e a pressão do grupo.

Acredita-se que a dependência química esteja mais associada ao organismo do indivíduo (maior predisposição) do que à substância em si, assim como se estima que a maioria dos adolescentes interromperá o consumo dela conforme for assumindo outros papéis na vida adulta.

1.5.1 Progressão do consumo de acordo com a substância utilizada

Em nossa cultura e contando com o “auxílio” da mídia, o álcool tem sido a primeira droga utilizada pelos jovens, muitas vezes até estimulados pelos pais.

A simples proibição da venda a menores de 18 anos também não parece reduzir seu consumo, podendo, inclusive, funcionar como um estímulo. Como, para os adolescentes, a idade adulta é desejável por ser sinônimo de liberdade, e sabendo que certas substâncias só são permitidas a adultos, ao consumi-las, o jovem busca autoafirmação e demonstra ser adulto.

Até certo tempo atrás, a função de atuar como “porta de entrada” para o uso de outras drogas era atribuída à maconha; atualmente, porém, considera-se como principal marcador de risco para a utilização de outras drogas o uso regular de bebidas destiladas.

É claro que algumas pessoas não passam por “estágios”, iniciando o uso com o consumo de drogas consideradas mais pesadas, como a cocaína e o crack.

Enfim, o indivíduo que bebe regularmente, para sentir a alteração causada pela bebida e não pelo seu sabor, tem mais probabilidade de evoluir para a utilização de outras drogas; ao se tornar tolerante aos efeitos do álcool, poderá buscar, pois, os mesmos efeitos em drogas mais fortes.

1.5.2 Tipos de drogas e suas ações no organismo

As substâncias psicoativas são agrupadas em 11 classes: álcool, anfetaminas ou simpaticomiméticos de ação similar, cafeína, canabinoides, cocaína, alucinógenos, inalantes, nicotina, opioides, fenclidina (anestésico), sedativos e hipnóticos ou ansiolíticos.

Para Marques e Cruz (2000), as consequências orgânicas decorrentes do uso das drogas são as seguintes:

O álcool, assim como os demais depressores do Sistema Nervoso Central (benzodiazepínicos), age estimulando a transmissão gabaérgica, provocando inicialmente um efeito desinibidor e posteriormente depressor. Também pode causar intoxicações graves além de hepatite e crises convulsivas.

Os inalantes (cola de sapateiro, solventes) raramente levam ao óbito, mas este pode ocorrer por asfixia ou arritmia cardíaca. Em longo prazo, os usuários podem apresentar síndromes neurológicas, neuropatia periférica, lesões renais, pulmonares, hepáticas e cardíacas.

A cocaína e as anfetaminas estimulam as ações dopaminérgica e noradrenérgica, podendo produzir intoxicação, crises convulsivas, isquemia cardíaca e cerebral, quadros paranoides e transtornos de personalidade. Também provoca piora do desempenho em tarefas que exigem integridade das funções cognitivas.

A maconha é responsável por produzir a chamada Síndrome Amotivacional, caracterizada por passividade, apatia, ausência de interesse, comunicação lenta.

Entre os alucinógenos, o LSD parece ainda ser o mais utilizado. Age em vários neurotransmissores, principalmente a serotonina; são comuns quadros delirantes, alucinatórios e convulsivos em decorrência de seus efeitos, que podem perdurar por várias horas.

1.5.3. Consequências sociais

Um dos primeiros sinais de que um adolescente ou jovem esteja utilizando algum tipo de droga, principalmente no caso da maconha, é a queda do rendimento escolar. O estado apático decorrente do uso dessa droga com frequência compromete os estudos, e esse comprometimento pode gerar ansiedade e esta pode fazer aumentar o consumo da maconha.

De uma forma geral, as drogas alteram as funções cognitivas, responsáveis pela noção de tempo e espaço e pelos reflexos de autopreservação, assim a utilização, ainda que em pequenas doses, pode resultar em graves acidentes de trânsito e de trabalho que podem levar a mutilações e óbitos.

É importante lembrar que, em casos de colisões de trânsito, as vítimas raramente são apenas as que ingeriram álcool, mas quase sempre pessoas inocentes são envolvidas.

Os homicídios por arma branca e de fogo podem ser influenciados igualmente pela ação de algum tipo de droga, cujos efeitos estimulantes e paranoides estão intimamente ligados a essas formas de violência.

O baixo custo de certas drogas, como os solventes e a maconha, é responsável pela sua popularidade e amplo consumo, porém, para sustentar o uso dessas e de outras drogas mais caras, os indivíduos que não possuem recursos financeiros suficientes podem lançar mão de atitudes ilícitas, como furtos, roubos e sequestros, sendo comum também o envolvimento com o narcotráfico.

Você já parou para pensar na relação entre o uso de drogas e a disseminação de doenças sexuais transmissíveis? Certamente você responderá que as consequências do compartilhamento de agulhas e seringas no uso de drogas injetáveis são amplamente conhecidas, mas a utilização da prática sexual como “moeda” de troca para adquirir a droga da qual uma pessoa é dependente também favorece a transmissão de doenças como AIDS e Hepatite B, entre outras.

Outro fator agravante refere-se à baixa adesão da população aos preservativos, tendo ainda mais comprometida sua utilização quando se está sob efeitos de substâncias psicoativas.

1.5.4 Diagnóstico

A definição de uso nocivo e dependência é divergente e complexa, porém o que se considera consenso atualmente é que já não se trabalha apenas com a existência do dependente e do não dependente. Existem, ao invés disso, padrões individuais de consumo que variam de intensidade e gravidade ao longo do uso.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), uso nocivo é “um padrão de uso de substâncias psicoativas que está causando dano à saúde”, podendo ser de natureza física ou mental. A intoxicação aguda ou ‘ressaca’, dependendo de sua intensidade, por si só, não é considerada dano à saúde.

É possível afirmar que não existe um consumo absolutamente isento de riscos, porém, se o uso é comedido e cercado de precauções preventivas, é denominado consumo de baixo risco; já quando o indivíduo apresenta problemas sociais, físicos e psicológicos, relacionados exclusivamente àquele episódio de consumo, diz-se que tais indivíduos fazem uso nocivo da substância. Porém, quando o consumo se mostra compulsivo, destinado a evitar a presença de sintomas de abstinência, e cuja intensidade é capaz de ocasionar problemas sociais, físicos e/ou psicológicos, fala-se em dependência.

O Código Internacional de Doenças - CID 10- apresenta alguns critérios de definição para dependência de substâncias psicoativas:

- I. forte desejo ou senso de compulsão para consumir a substância;
- II. dificuldade em controlar o início, término e o nível de consumo da substância;
- III. Instalação de quadro de abstinência quando suspenso ou diminuído o consumo, podendo utilizar substância semelhante para evitar crise de abstinência;

- IV. evidência de tolerância, necessitando de doses crescentes da substância utilizada para se atingir os efeitos habituais;
- V. priorização do consumo da substância em detrimento da realização de atividades consideradas prazerosas e aumento do tempo necessário para se recuperar dos efeitos da droga;
- VI. persistência do uso da substância mesmo frente à evidência de consequências prejudiciais ao indivíduo.

A avaliação deve considerar ainda:

- Tipo de droga utilizada: drogas como cocaína e crack costumam causar dependência muito rapidamente, sendo difícil afirmar que possa existir o chamado “uso recreativo” das mesmas.
- O uso de qualquer tipo de droga por crianças é sempre nocivo, já que seu organismo não apresenta condições biológicas para metabolizar a maioria dos psicotrópicos, prejudicando seu desenvolvimento.

Seção 2 - ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE - ECA

Esta seção trata da legislação relativa especificamente às crianças e adolescentes, abordando os direitos garantidos e as penalidades possíveis de serem aplicadas nos casos de infrações cometidas por eles. O conhecimento do Estatuto da Criança e do Adolescente por parte dos profissionais auxilia grandemente na tomada de decisões relativas a esta população.

2.1 Contexto social e político de criação do ECA

Você sabe em que contexto o Estatuto da Criança e do Adolescente foi criado? Realmente o ECA tem uma abordagem muito mais protetora que punitiva, isso se dá pela conjuntura da época em que foi elaborado e pelos seus objetivos.

O Estatuto da Criança e do Adolescente faz parte da Constituição Federal (lei 8069/90) e merece algumas considerações contextuais antes de abordar seu conteúdo específico.

Historicamente, o início do século XX, sob a autoridade do código Penal de 1890, estabelecia a inimputabilidade (impossibilidade de sofrer pena) absoluta até os 9 anos de idade; dos 9 aos 14 anos, os indivíduos que cometessem delitos com discernimento, ou seja, conscientemente, seriam levados a estabelecimentos industriais, porém, por falta de organização de tais estabelecimentos, os chamados menores eram recolhidos em prisões comuns. Dos 14 aos 17 anos, a idade funcionava como atenuante para as penas. O Código Penal de 1940, reformado em 1984, estabeleceu a maioridade penal aos 18 anos.

Dentro desse período, porém, mais precisamente em 1927, decretou-se o Código de Menores, reformado posteriormente em 1943. O texto, ainda com expressões claramente pejorativas,

estabelecia tratamentos diferenciados para menores abandonados ou delinquentes, vadios ou vadios não habituais e ainda os perversos, entre outros.

Por fim, após concluir-se que o Código em sua totalidade havia se tornado obsoleto, editou-se a Lei 8069/90, o Estatuto da Criança e do Adolescente. O Estatuto substituiu o direito de menores pelos direitos da infância e da juventude, excluiu o termo “menor” e procurou direcionar seu texto à proteção integral das crianças (indivíduos com até 12 anos de idade) e dos adolescentes (dos 12 aos 18 anos incompletos).

É de suma importância que o profissional de saúde que se dispõe a trabalhar com adolescentes tenha conhecimento dessa Lei e familiaridade com ela. Este capítulo visa abordar e discutir os principais artigos contidos no Estatuto da Criança e do Adolescente.

2.2 Título II - Das Medidas de Proteção

Art. 98 - As medidas de proteção à criança e ao adolescente são aplicáveis sempre que os direitos reconhecidos nesta Lei forem ameaçados ou violados.

O ECA sugere que, na escolha da medida aplicada, sejam levadas em conta as necessidades pedagógicas, preferindo aquelas que visem ao fortalecimento dos vínculos familiares e comunitários (Art. 100).

As medidas de proteção compreendem, dentre outras:

- I. Encaminhamento aos pais ou responsável, mediante termo de responsabilidade;
- II. Orientação, apoio e acompanhamento temporários;
- III. Matrícula e frequência obrigatórias em estabelecimento oficial de ensino fundamental;
- IV. Inclusão em programa comunitário ou oficial de auxílio à família, à criança e ao adolescente;

- V. Requisição de tratamento médico, psicológico ou psiquiátrico, em regime hospitalar ou ambulatorial;
- VI. Inclusão em programa oficial ou comunitário de auxílio, orientação e tratamento a alcoólatras e toxicômanos.
- VII. Abrigo em entidade;
- VIII. Colocação em família substituta.

2.3 Título III - Da Prática de Ato Infracional

E quando o agressor é o próprio adolescente? Existe punição para adolescentes? Na verdade, o ECA não trabalha com punição, por isso os adolescentes são chamados de inimputáveis, ou seja, caso cometam algum delito, a recomendação é que sejam inseridos em alguma das medidas socioeducativas, que visam prioritariamente à reeducação do adolescente e à sua reinserção na sociedade.

Sabe-se, no entanto, que a falta de estrutura física e de pessoal qualificado em quantidade suficiente impossibilita a implementação desta política em sua íntegra.

O ECA procura especialmente estabelecer um sistema de preservação da educação, sem abandonar as exigências de defesa social. Impõe-se a punição pelo ato praticado, mas as medidas se destinam essencialmente a impedir que o adolescente volte a delinquir. As medidas têm, por isso, um caráter mais subjetivo que objetivo, mais educativo que repressivo (ALVES, 2005).

Art.112- Medidas aplicáveis:

Advertência- Consistirá em admoestação verbal, que será reduzida a termo e assinada.

Tem a finalidade de fazer o adolescente compreender a gravidade do ato cometido e suas consequências e funciona como uma ameaça de aplicação de medidas mais severas caso volte a infringir.

Reparar o dano- Restituir a coisa, promover o ressarcimento do dano ou, por forma, compensar o prejuízo da vítima.

Caso seja comprovado ser impossível para o adolescente reparar o dano, a medida não será aplicada.

Prestação de serviços à comunidade- Realização de tarefas gratuitas de interesse geral, por no máximo 6 meses, em hospitais, escolas, ou programas governamentais, com jornada máxima de 8 horas semanais, aos sábados, domingos e feriados ou dias úteis, contanto que não prejudique a frequência à escola ou a jornada normal de trabalho.

Liberdade assistida- Tem a finalidade de acompanhar, auxiliar e orientar o adolescente.

A autoridade designará pessoa capacitada para acompanhar o caso, que tem como prazo mínimo 6 meses. Compete a esta pessoa (orientador), dentre outras ações, cuidar da matrícula e da frequência do adolescente à escola, buscando sua inserção no mercado de trabalho.

Semiliberdade- Pode ser determinada desde o início, ou como forma de transição para o meio aberto, possibilitando a realização de atividades externas, independentemente de autorização judicial. É obrigatória a frequência à escola e pode durar até 3 anos.

Internação- Medida privativa de liberdade, com período máximo de três anos e manutenção reavaliada a cada 6 meses. Não existe cadeia para adolescentes e sim internação em regime fechado, embora muitas unidades não tenham nenhuma diferença das prisões, seja na estrutura física ou no tratamento prestado.

§5º- Liberação compulsória aos 21 anos de idade.

Art. 122- Só poderá ser aplicada quando:

- I. Tratar-se de ato infracional cometido mediante grave ameaça ou violência à pessoa;
- II. Por reiteração de outras infrações graves;
- III. Descumprimento injustificável da medida anteriormente imposta. Neste caso não pode ser superior a 3 meses.

Seção 3 - TRANSTORNOS ALIMENTARES NA ADOLESCÊNCIA

Você, com certeza, já ouviu falar em transtornos alimentares, que são condições psiquiátricas que podem inclusive levar à morte. Nesta seção nós conversaremos sobre alguns deles, como a Anorexia Nervosa (AN) e a Bulimia Nervosa (BN), as quais apresentam uma maior incidência na adolescência devido às próprias características emocionais desta população.

A obesidade, por sua vez, não se enquadra como transtorno alimentar, estando geralmente mais associada ao excesso de consumo alimentar (90% dos casos), a disfunções endócrinas, condições hereditárias e genéticas, e a outras situações emocionais, como a ansiedade e a depressão.

3.1 Anorexia Nervosa - AN

Você já reparou que a maioria das pessoas adora comer? As culturas em geral dão muito valor à comida e, raramente, as pessoas se encontram para conversar sem comer ou beber algo, ou seja, o ato de comer está extremamente associado ao prazer, à alegria, sendo assim, o que leva alguém a parar de comer?

As causas são várias, geralmente a anorexia é desencadeada por algum fator estressante, como o término de um relacionamento amoroso ou mesmo um comentário desagradável referente ao peso da adolescente, fazendo com que a perda de peso se torne gradativamente o grande objetivo de sua vida.

O atual padrão de beleza, com mulheres altas e magérrimas, imposto pela sociedade e projetado pela mídia, é frequentemente associado ao sucesso profissional e sentimental, fato que pode representar para algumas adolescentes a única alternativa de atingirem a felicidade e serem aceitas no mundo.

A manifestação de um quadro anoréxico não é restrita à faixa etária dos adolescentes, podendo este ser observado em adultos, mas em proporção mínima, atinge muito mais o sexo feminino, embora o número de casos masculinos tenha apresentado crescimento.

A AN pode ser dividida em dois grupos, o de tipo restritivo e o de tipo bulímico, em ambos os casos o pavor de engordar se encontra presente.

No grupo de tipo restritivo, a perda de peso restringe-se à diminuição da ingestão alimentar ou ao jejum e excesso de atividades físicas.

Já no grupo de tipo bulímico, as pacientes podem alternar o jejum a outras práticas inadequadas de controle de peso, como a autoindução do vômito, o uso frequente e abusivo de laxantes e diuréticos, principalmente após os episódios de compulsão alimentar. Em algumas profissões em que a aparência e o baixo peso são considerados pré-requisitos é comum a ocorrência de casos de maior risco envolvendo os profissionais, como modelos, bailarinas e atletas.

As adolescentes com Anorexia também apresentam a chamada autoimagem ou visão corporal distorcida, isto é, sempre se enxergam acima do peso mesmo já estando extremamente magras.



VAMOS SABER MAIS!

Para compreender melhor esse fenômeno, você pode acessar o vídeo “Olhando no espelho”, que se encontra em www.videosdahora.com.br.

É importante esclarecer que, para a maioria das adolescentes, a Anorexia e/ou a Bulimia são consideradas estilo de vida e não doenças, sendo comum se expressarem, em seus blogs e sites relacionados ao tema, referindo-se aos transtornos como se estes fossem pessoas e/ou amigas íntimas, denominando-as de Ana (Anorexia) e Mia (Bulimia). Você pode inclusive procurar e acessar esses sites na internet e constatar esse fato.

Outra curiosidade é que a associação de Anorexia com o uso de álcool vem sendo denominada de Drunkorexia. Isso acontece quando a adolescente busca no álcool (pelo seu teor energético) a energia mínima para viver, sem “precisar” comer, porém, com o passar do tempo, a prática pode se tornar dependência, sendo verificada também a associação dos transtornos alimentares a outras drogas.

Estima-se que 16% dos casos de transtornos alimentares estejam associados à alcoolemia. A Bulimia apresenta, inclusive, uma proporção maior de casos relacionados ao abuso do álcool, provavelmente pela relação que ambas as condições tenham com comportamentos compulsivos.

3.1.1 Consequências clínicas

Na AN a perda acentuada de peso é o sinal mais evidente, mas as consequências clínicas decorrentes da ausência de nutrientes são várias, dentre elas estão:

- Alterações cardiológicas: arritmias, bradicardia, pressão arterial baixa, extremidades frias e cianóticas pela diminuição de circulação periférica, insuficiência cardíaca congestiva, podendo evoluir para a parada cardíaca;
- Alterações endócrinas: hipotireoidismo e amnorreia;
- Alterações hematológicas: anemia, leucopenia e dificuldade de coagulação;

- Alterações psicológicas: depressão, alterações do sono, perda de libido e irritabilidade;
- Alterações odontológicas: desgaste do esmalte dentário pela ação do suco gástrico, favorecendo o aparecimento de cáries;
- Alterações gastrintestinais: movimentos peristálticos diminuídos;
- Alterações na pele: descoloração, descamação e ressecamento da pele, que assume aspecto envelhecido;
- Aspectos gerais: membros finos, olhos fundos, cabelos secos e quebradiços, alopecia.
- Outras consequências: osteoporose e o Diabetes Insípido pela diminuição da função renal.

3.2 Bulimia Nervosa - BN

É comum as pessoas confundirem Anorexia e Bulimia, já que ambas são transtornos alimentares e apresentam algumas semelhanças. Qual seria então a principal diferença entre as duas patologias?

As pacientes com BN apresentam preocupação extrema com contagem calórica dos alimentos, mas jamais utilizam a abstinência alimentar, em outras palavras, as pacientes com Bulimia não deixam de comer, pelo contrário, comem muito, mas utilizam métodos inadequados para queimar calorias.

Após os episódios de compulsão alimentar, quando as pacientes podem ingerir de 6.000 a 15.000 cal. em uma única refeição, o sentimento de culpa e vergonha é comum, levando-as à prática de condutas purgativas (vômitos e laxantes) no intuito de livrar-se das calorias ingeridas.

Algumas pacientes podem ainda aderir à prática de exercícios físicos, mas estes exercícios são realizados de forma exagerada e sem regularidade, por exemplo: correr durante horas até ficar exausta e não correr mais durante toda a semana.

Outra diferença bem clara que você pode estar observando é que, embora o pavor de engordar também esteja presente em ambos os transtornos, na Bulimia o peso costuma estar adequado ou até um pouco acima do ideal.

Alguns sinais físicos e/ou comportamentais, como as práticas purgativas, formas encontradas para não engordar, são facilmente perceptíveis:

- Longa permanência no banheiro logo após as refeições. Esse comportamento pode ser acompanhado da presença de celulares, rádios e outros aparelhos que produzam sons, com o objetivo de camuflar os episódios de vômito;
- Hipertrofia bilateral das glândulas parótidas, conferindo aspecto de face edemaciada;
- Desgaste dentário decorrente da ação do suco gástrico durante a autoindução de vômitos;
- Sinal de Russel, lesões nos dorsos das mãos pelo ato de introduzi-la na cavidade oral para induzir o vômito.

3.2.1 Consequências clínicas

- Alterações hidroeletrólíticas: câimbras, tremores, tonturas e convulsões;
- Alterações gastrointestinais: constipação ou diarreia, má absorção intestinal de nutrientes, úlceras e lesões no estômago e esôfago com consequente hematêmese (vômito com sangue);
- Alterações de pele e anexos: queda de cabelo, lábios secos e com fissuras, eritema de palato;
- Alterações comportamentais/emocionais: incapacidade de concentração, sudorese, ansiedade e confusão.



VAMOS REFLETIR!

A Bulimia pode matar? Já parou pra pensar nisso? A Anorexia é claramente fatal, podendo levar a paciente a óbito por várias causas, inclusive insuficiência múltipla dos órgãos. E a Bulimia? Seria uma patologia “mais leve”?

A interrupção da absorção dos nutrientes pela prática purgativa pode levar a um desequilíbrio hidroeletrolítico grave; a perda acentuada de potássio pode interromper o funcionamento da bomba de sódio-potássio, ocasionando uma parada cardíaca e assim levar a paciente a óbito.

Outro ponto que você deve considerar é que os dois transtornos não ocorrem concomitantemente, ou seja, uma pessoa não pode apresentar Anorexia e Bulimia ao mesmo tempo, o que pode ocorrer é uma paciente com Anorexia apresentar comportamento bulímico, que é a prática purgativa, ou ainda, uma paciente Anoréxica passar a comer induzida por tratamento, ganhar peso e então desenvolver Bulimia, passar de uma patologia para outra.

3.3 Obesidade na adolescência

A obesidade vem sendo descrita como síndrome multifatorial, em que a genética, o metabolismo e o ambiente interagem (MÜLLER, 2003).

A chamada obesidade primária ou exógena é aquela em que a causa relaciona-se principalmente ao consumo alimentar excessivo e/ou à alimentação inadequada, sendo responsável por 90% dos casos. Os outros 10% referem-se à obesidade endógena, que apresenta relação com distúrbios endócrinos, síndromes genéticas, infecções, tumores localizados no Sistema Nervoso Central e sequelas de traumatismos.

A aparência física é de extrema importância na vida do adolescente, e o corpo acima do peso ideal tem sido responsável pela adesão dos jovens a dietas e medicamentos prejudiciais ao seu processo de desenvolvimento.

Ao iniciar-se o desenvolvimento puberal, o adolescente vivencia um processo de despedida do corpo infantil e idealização do corpo adulto, assim, a não correspondência do real com o idealizado pode desencadear situações de ansiedade, isolamento e depressão.

Desta forma, inicia-se um círculo vicioso em que o isolamento e a vergonha de expor o corpo afastam o adolescente das atividades físicas, que o auxiliariam na perda saudável de peso, e a ansiedade, que geralmente leva ao maior consumo de alimentos, faz com que a alimentação represente a única forma de prazer para o adolescente.

3.3.1 Fatores genéticos

O caráter familiar da obesidade é frequentemente observado nos casos de obesidade na infância e adolescência, sendo que pais de adolescentes ou crianças obesas geralmente também se encontram acima do peso ideal.

A coexistência de obesidade em vários membros da mesma família confirma a participação da herança genética na incidência da obesidade. A probabilidade de que os filhos sejam obesos quando os pais o são foi estimada em alguns estudos, obtendo-se percentagens entre 50% e 80%.

Vale lembrar que, de maneira geral, o sexo feminino apresenta maior acúmulo de tecido adiposo, fato verificado também durante o estirão puberal, quando a adolescente termina seu desenvolvimento com aproximadamente o dobro de gordura presente no sexo masculino.

A influência familiar também está estreitamente relacionada ao estilo de vida adotado pelos filhos, sendo muito difícil separar os fatores genéticos dos ambientais.

3.3.2 Fatores ambientais

Os fatores ambientais são todos aqueles que de forma direta ou indireta influenciam a qualidade da alimentação. Neles incluem-se os hábitos familiares, regionais, culturais e socioeconômicos.

No caso dos adolescentes, ainda apresentam influência direta os “modismos” de acordo com o que o grupo ou a mídia consideram melhor. O imediatismo, característica emocional, também favorece a alimentação inadequada uma vez que os adolescentes preferem os alimentos prontos ou que levem o menor tempo possível no preparo, e estes geralmente são pobres em nutrientes e ricos em gorduras saturadas.

Com relação aos fatores socioeconômicos, estes são determinantes da qualidade da alimentação dos indivíduos, tanto pela disponibilidade dos alimentos, quanto pelo acesso às informações referentes aos valores nutritivos e formas mais adequadas de preparo.

Observa-se que, em regiões onde as condições econômicas são mais favoráveis, o número de obesos também é maior, porém tem sido detectado também o aumento dos casos de obesidade nas camadas menos favorecidas da população, os chamados obesos desnutridos, em decorrência da alimentação rica em hidratos de carbono e gordura, mas pobre em nutrientes.

3.3.3 Consequências clínicas

Além do comprometimento da autoestima, que seguramente interfere no desenvolvimento emocional dos adolescentes, as consequências clínicas também trazem prejuízos.

A elevação da pressão arterial é evidentemente mais comum em adolescentes obesos; estima-se que a proporção de adolescentes hipertensos seja oito vezes maior em obesos do que em adolescentes com peso adequado para a altura.

A obesidade ainda está relacionada a distúrbios respiratórios e do sono, arterosclerose, doenças cardiovasculares, hipercolesterolemia, artrite e diabetes mellitus tipo 2 na adolescência.

Estudos também mostram a relação existente entre a obesidade e a reprodução, podendo causar irregularidade menstrual, infertilidade e aborto. No sexo masculino a obesidade pode diminuir os níveis de testosterona.

Para se diagnosticar a obesidade, são utilizados vários critérios. O Ministério da Saúde recomenda a utilização do Índice de Massa Corporal - IMC, também chamado de índice de Quetelet, como parâmetro antropométrico para avaliação, baseado no seguinte cálculo:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (cm)}}$$

Os resultados são avaliados de acordo com os percentis encontrados. Os percentis 15º e 5º referem-se a baixo peso e desnutrição. Os valores referentes ao percentil 50º são considerados normais, e os valores apontados nos percentis 85º e 95º correspondem a sobrepeso e obesidade, respectivamente. Assim, os valores encontrados entre P85 e P95 sugerem risco para obesidade, e iguais ou superiores a P95 requerem intervenções imediatas.



VAMOS SABER MAIS!

Você pode encontrar as tabelas citadas no Manual “A Saúde de Jovens e Adolescentes”, do Ministério da Saúde, que está disponível no ambiente virtual.

Alguns autores afirmam ainda que não é necessária a utilização da tabela, considerando normais os valores resultantes do cálculo do IMC entre 19 e 24 para o sexo feminino e entre 20 e 25 para o sexo masculino.

Outras considerações referem-se ao fato de que as tabelas não apresentam percentis baseados na população brasileira, também não são capazes de diferenciar peso decorrente de tecido adiposo e de massa muscular, sendo necessária a associação de outros métodos como as pregas tricipitais e subescapulares.

Seção 4 - A CONSULTA DE ENFERMAGEM A ADOLESCENTES

A Consulta de Enfermagem, função específica do profissional enfermeiro, é de extrema relevância na assistência prestada aos adolescentes. Esta seção trabalha com os principais pontos a serem abordados durante a consulta e a postura recomendada ao enfermeiro para que se possa criar vínculo e obter resultados positivos sobre a saúde do adolescente.

4.1 Aspectos importantes

A Consulta de Enfermagem direcionada aos adolescentes possui algumas especificidades, devendo abordar vários aspectos de sua vida, focando sempre na prevenção dos agravos comuns nesta fase e na promoção da saúde dos mesmos.

O profissional de saúde que se dispõe a trabalhar com adolescentes deve estar atento a certos cuidados:

- Não julgue o adolescente, nem faça com que ele se sinta inferiorizado;
- Demonstre real interesse por sua saúde, ouça-o atentamente e não menospreze seus relatos;
- Preze pelo sigilo das informações recebidas, entretanto esse sigilo poderá ser rompido em casos de risco para o adolescente ou para terceiros;
- Procure estabelecer vínculo com o adolescente para que ele venha a confiar em você e, assim, aderir aos tratamentos.

Propõe-se que a consulta de enfermagem seja realizada em forma de diálogo, com abordagem mais informal e descontraída, visando maior abertura por parte do adolescente, sem desconsiderar que os limites entre profissional e cliente devem sempre estar claros.



VAMOS SABER MAIS!

O Ministério da Saúde preconiza o uso de um Instrumento para a realização da Consulta de Enfermagem que se encontra no manual “A Saúde de Adolescentes e Jovens”. Você pode acessar esta publicação no ambiente virtual do curso.

Pontos específicos a serem abordados durante a consulta servem como norteadores durante o diálogo; estes pontos são descritos abaixo:

Vulnerabilidade: investigar comportamentos de risco, envolvimento em práticas ilícitas, condições sociais e companhias com negativa influência, planos futuros e relacionamento familiar.

Sexualidade e contracepção: orientar e esclarecer dúvidas relativas aos métodos disponíveis e mais recomendados à sua faixa etária, desmistificar e tranquilizar os adolescentes quanto aos mitos relacionados à sexualidade e incentivar a adesão ao uso da camisinha (masculina e feminina).

História progressa de doenças: Investigar casos familiares de doenças sistêmicas, hereditárias/genéticas e o uso de medicações.

Atividade física: investigar sedentarismo, atividade inadequada para a fase de desenvolvimento, frequência e regularidade.

Acuidade visual e auditiva: questionar sobre a qualidade desses dois processos e possíveis dificuldades escolares associadas.

Calendário vacinal: solicitar cartão de vacinas e investigar imunização realizada na infância e adolescência.

Alterações na pele: por ação hormonal, a pele dos adolescentes tende a ficar mais oleosa, o que favorece o

surgimento de acne e dermatite seborreica, também comum nesta fase; ambas prejudicam a autoimagem do adolescente.

Avaliação da acuidade visual e auditiva: a avaliação da qualidade da audição e da visão é fundamental à detecção de alterações na acuidade auditiva e acuidade visual, podendo indicar disfunções que requeiram avaliação minuciosa e acompanhamento de profissional especializado.

Condições Gerais de higiene: atentar para a higiene do couro cabeludo, pele e unhas, observar cavidade oral e odores decorrentes do desenvolvimento das glândulas sudoríparas.

Alterações posturais: fatores comuns na adolescência em decorrência, principalmente, do estirão de crescimento, as alterações posturais - Cifose, Lordose e Escoliose - devem ser observadas. Alertar para o excesso de peso nas mochilas e a posição inadequada nas carteiras escolares.

Condições psicoemocionais: observar comportamentos sugestivos de alteração, como agressividade, nervosismo, depressão, ansiedade, hiperatividade, apatia e isolamento social. Investigar possíveis abusos sexuais, violência e negligência.

Alimentação: verificar a qualidade da alimentação, orientando de acordo com a situação econômica do adolescente. Estar atento a sinais e sintomas relacionados a distúrbios alimentares, como Anorexia, Bulimia e Obesidade.

Genitália: observar o desenvolvimento sexual, utilizando a tabela de Tanner, conferindo se está adequado para a idade. Realizar o exame de mamas, atentando para a presença de ginecomastia nos meninos. Realizar exame colpocitológico nas meninas ou encaminhá-las para a Unidade Básica de Saúde mais próxima de sua residência.

Existem ainda mais alguns pontos que você deve lembrar ao realizar sua consulta de enfermagem:

- Cada adolescente consultado é singular, sendo necessário adequar a abordagem do profissional.

- O exame físico deve ser realizado em local privativo e de preferência com a presença de outro profissional ou membro da família, resguardando o profissional de qualquer interpretação equivocada.
- Todo procedimento realizado com o adolescente deve ser explicado, não deixe o adolescente se sentir alheio ou preocupado com terminologias científicas.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem-SAE é uma atribuição específica do enfermeiro e deve fazer parte da Consulta de Enfermagem.



VAMOS SABER MAIS!

Você pode desenvolver a SAE baseando-se nos Diagnósticos de Enfermagem da NANDA ou na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC. Esse material se encontra disponível no ambiente virtual.

Segue abaixo um exemplo utilizado em casos de adolescentes usuários de drogas:

Quadro 1 - Diagnóstico de Enfermagem: Uso de álcool e outras drogas

Intervenções	Responsável
Auxiliar nas mudanças de hábitos	Enfermeiro
Comparecer diariamente a US para uso de medicamentos, controle da PA e hidratação	Usuário
Encaminhar para grupo de autoajuda	Enfermeiro
Esclarecer dúvidas quanto ao uso de drogas	Enfermeiro
Estabelecer relação de confiança com o paciente	Enfermeiro
Identificar rede de apoio familiar e comunitário	Enfermeiro
Inscriver no programa de saúde mental	Enfermeiro
Inserir o paciente em atividades recreativas e educativas da US	Enfermeiro
Investigar o uso de medicamentos ou outras drogas	Enfermeiro
Monitorar através de visita domiciliar	Enfermeiro
Orientar os prejuízos do uso de drogas para a mãe e bebê	Enfermeiro
Orientar sobre grupos de autoajuda: AA, ALANON	Enfermeiro
Orientar sobre as crises de abstinência	Enfermeiro
Realizar visita domiciliar	Enfermeiro
Solicitar o comparecimento dos familiares para esclarecimentos da doença	Enfermeiro

Fonte: CIPESC

REFERÊNCIAS

AGÊNCIA NACIONAL DOS DIREITOS DA INFÂNCIA - ANDI, ANO 06, N. 277, 2002.

CAMPO, S. Aborto. Disponível em: www.drashirleydecampos.com.br. Acesso em: 13.03.2010.

FANTE, C.A.Z. **O fenômeno bullying** e as suas consequências psicológicas. Disponível em: www.psicologia.org.br. Acesso em: 13.03.2010.

FERRIANI, M.G.C.; SANTOS, G.V.B. **Adolescência, puberdade e nutrição**. In: *Adolescer: compreender, atuar, acolher: Projeto Acolher / Associação Brasileira de Enfermagem*. Brasília: ABEn, 2001.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Projeção da População do Brasil, 2008**. Disponível em: www.ibge.gov.br. Acesso em: 13.03.2010.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA - IBGE. **Cresce número de mortes violentas de jovens**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/ibgeteen/noticias/> Acesso em: 13.03.2010.

MARQUES, A.C.P.R.; CRUZ, M.S. **O adolescente e o uso das drogas**. Ver. Brás. Psiquiatria. Vol. 22. São Paulo, 2000.

MARQUES-LOPES, Iva et al . Aspectos genéticos da obesidade. Rev. Nutr., Campinas, v. 17, nº 3, set. 2004 . Disponível em <<http://www.scielo.br/scielo>. Acesso em: 17.03.2010.

MÜLLER, R.C.L. **Obesidade Exógena**. In: BEZNOS, C.G.W.; FRANÇOSO, L.A. *Medicina do Adolescente*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier, 2003.

NEAD - Núcleo Einstein de Álcool e Drogas do Hospital Israelita Albert Einstein. **Álcool e Drogas sem distorção**. Disponível em: www.einstein.br/alcooledrogas. Acesso em: 14.03.2010.

PEREIRA, S.M.; SANTANA, J.S.S.; FERRIANI, M.G.C. **Violência rima com adolescência?** In: **Adolescer: compreender, apoiar e acolher**. Projeto Acolher/Associação Brasileira de Enfermagem - ABEn, 2001.

SAITO, M.I; SILVA, L.E.V **Obesidade na Adolescência**. In: **Adolescência, prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

SCIVOLETTO, S. **Abuso e Dependência de Drogas**. In: **Adolescência, prevenção e risco**. São Paulo: Atheneu, 2001.

CAPÍTULO 3

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DA MULHER

O Módulo que estamos estudando contempla a saúde da mulher e, a partir de agora, vamos abordar assuntos relacionados a este segmento da população que, também, é assistido pelo enfermeiro integrante da equipe de saúde da família.

Não tenho a pretensão nem a ousadia de ensinar à equipe como trabalhar a saúde da mulher, até porque essa oportunidade foi oferecida durante a graduação. Considero um desafio colocar em prática o conhecimento agregado no decorrer da formação. A intenção é contribuir de alguma forma no processo de educação permanente no que se refere à saúde da mulher, de modo especial a mulher assistida pela equipe da Unidade de Saúde da Família na qual você está inserido. O conteúdo aqui apresentado deverá servir como ponto de partida para observação e reflexão, sugerindo mudanças ou reafirmando condutas adotadas no dia a dia do profissional enfermeiro. Antes de se começar a pensar na saúde da mulher atual, vamos lembrar um pouco a evolução de sua história.

Seção 1 - EVOLUÇÃO HISTÓRICA DA MULHER

Esta seção proporciona um breve resgate do comportamento da mulher e assistência de saúde a ela prestada em décadas passadas, e como sua luta contribuiu para o desenvolvimento e aperfeiçoamento de Políticas Públicas de Saúde da Mulher.

1.1 Breve Histórico

No período compreendido entre as décadas de 30, 50 e 70, a visão que se tinha da mulher ficava muito restrita ao seu papel de mãe e doméstica, o que a tornava a principal, ou quem sabe, única responsável pelos cuidados de sua prole e de toda a família. Os programas de saúde existentes (materno-infantil) ficavam restritos à gravidez e ao parto. Como essa população era considerada de risco, havia preocupação em proteger essa parcela da população, porém sem se levar em conta as especificidades regionais.

Essa assistência fragmentada ao público feminino, uma vez que as gestantes e as crianças eram privilegiadas, refletia no baixo impacto dos indicadores da saúde da mulher. Esse comportamento do governo federal recebeu duras críticas do movimento feminista brasileiro, que já começava a lutar pela outra parcela das mulheres que não recebia a mesma atenção.

A ativa participação feminina contribuiu de forma bastante positiva para que questões relacionadas a outros aspectos da vida das mulheres como, anticoncepção, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, entre outros mais, fossem introduzidos na agenda política nacional.

A incessante luta do movimento feminista prosseguiu no propósito de ampliar os cuidados à saúde da mulher e obteve êxito. Em 1983, o Ministério da Saúde elabora o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM). Junto ao

programa foram incorporados, além dos princípios e diretrizes, propostas de descentralização, hierarquização, regionalização dos serviços, integralidade e equidade da atenção, e incluía ainda ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação, englobando a assistência à mulher em clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, DST, câncer de colo de útero e de mama, assim como outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional das mulheres.

No decorrer dos anos, percebe-se evolução no que diz respeito à saúde da mulher. Novos programas foram implantados e essa melhora se reflete no aumento da expectativa de vida. Entretanto, o aumento de anos com vida também possibilita o surgimento de incapacidades, maior prevalência de demências, assim como depressão e as doenças consideradas próprias da velhice.

Um fato marcante na construção da saúde foi a VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986 aqui no Brasil, na qual, mais uma vez, a presença e participação de movimentos de mulheres foram significativas na determinação de um novo conceito sobre saúde-doença, com uma abrangência maior do que o que vigorava até então. A construção do SUS trouxe grande avanço para a saúde, vale ressaltar a importante participação feminina nessa conquista.

Apesar do grande passo dado no campo da assistência à saúde, as desigualdades sociais e de gênero ainda estão fortemente presentes em nosso meio.

Em 2004 foi realizada a I Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (I CNPM). Esse evento contribuiu para o processo de elaboração do Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM), fortalecendo os programas já existentes voltados à assistência à saúde das mulheres.

1.2 Assistência prestada à mulher atualmente

Na sociedade brasileira, embora tenham ocorrido grandes conquistas em todas as áreas (saúde, mercado de trabalho, renda) a mulher continua tendo como principal papel a maternidade e os cuidados dos filhos e da família. Não se pode afirmar, mas pode-se pensar que talvez a assistência a sua saúde tenha progredido, exatamente por isso, pois ela precisa estar bem. Você já parou para refletir sobre isso? Você já percebeu que a população feminina é maior que a população masculina? Essa parcela da sociedade é a maior usuária do SUS.

É preciso estar atento no sentido de não somente se preocupar com o cuidar, mas também de estimular a participação social das mulheres com o objetivo de se obter avanço cada vez maior. O papel do enfermeiro é fundamental nesse processo dinâmico denominado saúde.

A obtenção de êxito no desenvolvimento de nossas atividades deve ter bem claro o verdadeiro sentido da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), independente da área de atuação. A manutenção da saúde da mulher não é responsabilidade só dos governantes, que elaboram e implantam os programas de saúde, é nossa também enquanto profissionais de saúde integrantes de equipes de saúde da família.

Essa sistematização, que se alia ao conhecimento técnico-científico e à humanização, torna a prática profissional bem definida.



VAMOS SABER MAIS!

Você teve oportunidade de conhecer o manual PACTO PELA VIDA em atividades já realizadas. Procure lembrá-lo, acessando a biblioteca do AVA.

Durante as consultas de enfermagem, atividade privativa do profissional enfermeiro, respaldada legalmente pela Lei do Exercício Profissional nº 7498, seu conhecimento deverá ser aplicado, colocando em prática a entrevista e o exame físico, definindo o diagnóstico de enfermagem, imprescindível à posterior intervenção de enfermagem, com registros minuciosos para futura avaliação. Essa conduta possibilita identificar os determinantes das afecções que com maior frequência acometem a população feminina assistida pela equipe multiprofissional, permitindo que se possa intervir em complicações, diminuindo ou evitando óbitos. Esse momento permite ao profissional a oportunidade de realização de educação em saúde, trabalhando a promoção da saúde e prevenção dos agravos, através de orientações, no sentido de estimular a mulher assistida em buscar o serviço de saúde, mesmo na ausência de sintomas, a fim de que obtenha melhora na qualidade de vida.



VAMOS REFLETIR!

VOCÊ CONHECE AS PRINCIPAIS CAUSAS QUE LEVAM AS MULHERES DA SUA ÁREA A PROCURAREM O SERVIÇO DE SAÚDE?

Quando iniciou os trabalhos da enfermagem, Florence percebeu que, para prestar uma assistência de boa qualidade, era preciso planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, assim como registrar tudo o que foi planejado e executado para posterior avaliação. E ainda hoje não é diferente.



VAMOS SABER MAIS!

Florence Nightingale, é considerada a fundadora da Enfermagem Moderna. Para conhecer um pouco de sua história leia o artigo: **Florence Nightingale e as irmãs de caridade: revisitando a história.** Disponível na biblioteca virtual do curso.

As intervenções de enfermagem devem ter como base/instrumento norteador a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC). A aplicação desse instrumento visa contribuir na consolidação da padronização da comunicação e da troca de informações entre os profissionais enfermeiros, fortalecendo os Sistemas de Informação em Saúde. Dos sistemas de Classificação de Diagnósticos de Enfermagem, o NANDA é o mais conhecido, divulgado e até então vinha sendo utilizado com maior frequência.



VAMOS SABER MAIS!

Para conhecer melhor o CIPESC e utilizá-lo em suas consultas de enfermagem, consulte esse instrumento disponível na biblioteca virtual do curso.



VAMOS REFLETIR!

VOCÊ UTILIZA A SAE COM FREQUÊNCIA NO SERVIÇO DE SAÚDE ONDE ESTÁ INSERIDO?

Seção 2 - QUEIXAS GINECOLÓGICAS MAIS FREQUENTES E DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS

As pesquisas apontam que as vulvovaginites são as responsáveis pela maior parte das consultas ginecológicas que, em sua grande maioria, não são consideradas graves, mas causam desconfortos e incômodos que levam as mulheres a procurar o serviço médico. As mais frequentes são: candidíase, tricomoníase e vaginose bacteriana. Ainda que essas afecções não sejam consideradas graves, devem ser tratadas a fim de evitar complicações, como a Doença Inflamatória Pélvica (DIP), que, segundo estudos, pode levar à esterilidade. Mais de 25% das mulheres com DIP se tornarão inférteis (BRASIL, 2006).

É um momento oportuno para se identificarem doenças sexualmente transmissíveis e tratá-las. O crescente número de infecções pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) sugere que maior atenção deve ser dispensada aos casos de infecção vaginal. Durante o exame ginecológico realizado normalmente pelo enfermeiro, quando da realização do exame preventivo de câncer de colo uterino, é possível, por meio do aspecto aparente aliado às queixas da mulher, identificar o tipo de infecção presente, pois suas características são distintas.

Vale ressaltar que o resultado obtido da leitura microscópica do material coletado do colo uterino, realizado pelo laboratório, é o que determina e confirma o micro-organismo responsável pelas queixas, admitindo empregar o diagnóstico de enfermagem para intervenção.



VAMOS SABER MAIS!

Como sugestão, caso ainda não conheça, consulte o “MANUAL DE CONTROLE DAS DOENÇAS SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS DST” do Ministério da Saúde. Esse grande aliado você encontra disponível na biblioteca do ambiente.

Nesse manual, são preconizadas as seguintes doenças para acompanhamento e tratamento: hepatites virais, HPV, HIV, Clamídia, Sífilis, Gonorreia, Herpes genital. Dessas infecções, algumas têm cura e outras, somente controle. Esse conhecimento é fundamental na assistência prestada, revelando a qualidade de vida da paciente.

Deve-se considerar que essas doenças não se restringem ao contato físico homem/mulher; os relacionamentos homossexuais contribuem de maneira significativa na disseminação do HIV, assim como os casos de gestantes sem tratamento, na transmissão vertical.

Considerada como um problema de saúde pública em todo o mundo, as Doenças Sexualmente Transmissíveis podem provocar consequências graves, como infertilidade tanto do homem quanto da mulher, dor pélvica crônica, gravidez ectópica, câncer do colo do útero e ainda acarretam graves problemas de saúde aos filhos gerados em uma mãe portadora sem tratamento se a gestação chegar a termo - muitas vezes a gestação é interrompida por complicações de alguma DST. Especial atenção deve ser dispensada às gestantes com relação à sífilis (sífilis congênita). Quando diagnosticada, é sempre considerada fase tardia para fins de tratamento. Os parceiros das gestantes com resultado de VDRL positivo deverão receber o mesmo tratamento estabelecido para as gestantes. Cabe ao profissional enfermeiro acompanhar o casal. As infecções como Hepatite B e HIV também merecem atenção especial por comprometerem a saúde do feto.

A infecção causada pelo HIV ainda é considerada um problema de saúde pública. Descoberto em 1981, foi responsável por verdadeira revolução na história da saúde mundial. Seu advento foi inicialmente conhecido como doença exclusiva dos homens homossexuais. Com o decorrer do tempo, foram descobertas contaminações em grupos de pessoas que haviam passado por transfusão sanguínea, como os hemofílicos e acidentados graves, mulheres sem qualquer história de homossexualismo e crianças. Os primeiros casos identificados na população feminina foram atribuídos ao uso de drogas injetáveis com o compartilhamento de seringas.

Das doenças sexualmente transmissíveis, essa merece maior atenção na saúde da mulher por apresentar em seu quadro clínico algumas especificidades para a população feminina infectada pelo HIV. A vulvovaginite fúngica de repetição pode ser um indicativo forte para a presença do vírus; infecções parasitárias e bacterianas como gonorreia, clamídia e tricomoníase costumam ser mais exacerbadas em mulheres soropositivas; a resposta a tratamentos com antivirais para lesões por herpesvírus são menores. Em relação à infecção por HPV, os estudos apontam que as mulheres soropositivas apresentam maior frequência em relação às soronegativas. Vale ressaltar que um dos critérios definidores de AIDS-doença é a confirmação diagnóstica de câncer de colo uterino.

Essas informações servem de alerta nas consultas de enfermagem ginecológicas, uma vez que o profissional enfermeiro é capacitado para esse atendimento. Este deve, portanto, ter conhecimento científico para intervir de maneira positiva.

Estudos realizados pelo Ministério da Saúde apontam que das cerca de 630.000 pessoas infectadas pelo HIV:

- 330.000 desconhecem seu estado sorológico positivo;
- 300.000 em acompanhamento;
- 200.000 em tratamento;
- 100.000 ainda não necessitam de ARV.

É preciso estar alerta quanto a esses números, pois a partir deles é gerada exclusão social e discriminação. É essencial que o enfermeiro integrante de equipe de Unidade de Saúde da Família conheça as condições de maior vulnerabilidade e também as piores condições socioeconômicas da área adscrita para elaboração de estratégias que proporcionem mudança comportamental e/ou social na população.

Considerando que, em 1985, a proporção era de 1 mulher infectada para cada 15 novos casos de homens com AIDS, que, em 2005, essa relação passou a ser de 10 mulheres para 15 homens e em 2010 essa proporção chegou a 1 caso por 1,6, observa-se que a epidemia torna-se mais feminina, expressando a maior vulnerabilidade a que estão sujeitas as mulheres.

Deve-se ressaltar a importante diminuição na incidência e mortalidade pela AIDS durante esse movimento, uma significativa vitória do SUS e das políticas públicas de saúde. Porém é importante observar o deslocamento da epidemia, ou seja, sua interiorização (dos centros urbanos para o interior do país), dos mais jovens para os mais velhos, dos brancos para os negros, dos mais ricos para os mais pobres, dos homossexuais para os heterossexuais.

O SUS, a participação e mobilização de usuários e da sociedade civil têm sido decisivos para esse enfrentamento. São vitórias não apenas a queda da mortalidade e do número de casos novos no país, como também - e isso é fundamental - a melhoria da qualidade de vida dos que vivem com HIV, a diminuição do preconceito, o aumento da consciência dos cuidados com a prevenção e da solidariedade. A população feminina está inserida nesse contexto e o profissional enfermeiro precisa estar preparado para esse desafio.



VAMOS REFLETIR!

DAS QUEIXAS GINECOLÓGICAS, VOCÊ LEMBRA QUAIS SÃO AS MAIS FREQUENTES NO SEU DIA A DIA?



VAMOS SABER MAIS!

A homossexualidade ainda é um tabu. “Chegou a hora de cuidar da saúde”, um livreto especial para lésbicas e mulheres bissexuais, apresenta dicas sobre saúde (alimentação, gravidez, uso de drogas e menopausa), sexualidade e informações sobre a legislação brasileira. Essa publicação está acessível na biblioteca do ambiente.

Seção 3 - CÂNCER DE COLO DO ÚTERO OU CÂNCER CÉRVICO-UTERINO

Considerado a terceira causa de morte em mulheres, ocupa o segundo lugar no ranking nada invejável de óbitos por câncer na população feminina, ficando atrás somente do câncer de mama e representando um grave problema de saúde pública.

Anualmente, cerca de 500 mil novos casos de câncer são diagnosticados no mundo e, desses casos, em torno 230 mil evoluem para óbito. Os estudos afirmam que, nos países em desenvolvimento como o Brasil, sua incidência é o dobro se comparada com os países desenvolvidos. Esse tipo de câncer representa 20% de todos os casos de câncer na população feminina brasileira. A faixa etária de 20 a 29 anos apresenta maior evidência de casos, porém o risco vai se elevando e, na faixa etária de 45 e 49 anos, atinge seu pico.

Fatores de risco, como início precoce da atividade sexual, multiplicidade de parceiros, higiene inadequada, estado nutricional relacionado à baixa ingestão de vitaminas, tabagismo e uso de contraceptivos orais contribuem para o surgimento do câncer de colo do útero.

Este tipo de câncer está intimamente relacionado à atividade sexual. Já está comprovado que, para o surgimento do câncer de colo uterino, além dos fatores mencionados acima, a ocorrência da infecção pelo papilomavírus humano (HPV) é considerada pela Organização Mundial de Saúde o principal fator de risco. Vulnerabilidade social com acesso dificultado à prevenção, diagnóstico precoce e início imediato de tratamento, aliados aos fatores predisponentes, facilitam a instalação da doença.

Estudos no mundo comprovam que 50% a 80% das mulheres sexualmente ativas serão infectadas por um ou mais tipos de HPV em algum momento de suas vidas. Porém, a maioria das

infecções é transitória, sendo combatida espontaneamente pelo sistema imune, principalmente entre as mulheres mais jovens. Qualquer pessoa infectada com HPV desenvolve anticorpos (que poderão ser detectados no organismo), mas nem sempre estes são suficientemente competentes para eliminar os vírus (INCA, 2009).

A partir da presença dos fatores de risco para o surgimento do câncer cérvico-uterino, transcorre um período que varia de 10 a 20 anos, a contar do início de uma lesão intraepitelial que progride até invadir a camada basal.

O apoio de recursos tecnológicos avançados propicia o diagnóstico e tratamento precoce de lesões intraepiteliais, possibilitando 100% de cura e tornando, dessa forma, esse tipo de câncer uma causa de morte evitável. Embora apresente elevado índice de mortalidade, os profissionais engajados e comprometidos nos serviços de saúde da atenção primária podem contribuir de maneira significativa no decréscimo dos dados atuais.

O interesse em detectar precocemente e controlar o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino vem aumentando gradativamente. Antes da realização de Campanha Nacional de Combate ao Câncer de Colo Uterino, havia projetos regionais. O primeiro aconteceu em 1948 na cidade do Rio de Janeiro e foi uma iniciativa da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Em 1968 teve início o Programa de Controle de Câncer Cérvico-Uterino de Campinas (PCCUC). O objetivo principal era que, num período de cinco anos, 30% da população feminina exposta ao risco de desenvolver esse tipo de câncer estivessem sob controle, e que essa cobertura fosse estendida a 90% da população feminina dentro de quinze anos. Para que o objetivo fosse alcançado, a descentralização da coleta do exame citopatológico com aproveitamento de todos os locais de assistência médica e a centralização da execução do exame foram medidas adotadas.

O governo tem-se mostrado preocupado e disposto a mudar a triste e real estatística brasileira. A criação do PAISM em 1983 foi o primeiro passo. Em 1996, em parceria com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), implantou o Programa Viva Mulher com o propósito de detecção e controle do câncer cérvico-uterino. O Programa Nacional de Combate ao Câncer do Colo do Útero (PNCC), em continuidade a esse trabalho, definiu critérios para periodicidade, controle e acompanhamento das mulheres, no entanto as que apresentam alterações citológicas ainda enfrentam dificuldades quanto à continuidade da prevenção e à garantia de tratamento. Segundo estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer (INCA), são diagnosticados 19 mil casos de câncer de colo do útero por ano, o que representa 19 casos para 100 mil mulheres.



VAMOS REFLETIR!

Você conhece os números de casos desse tipo de câncer em seu município?

Em sua área existe algum caso?

3.1 Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino

Promoção da saúde e prevenção de agravos é papel fundamental da Atenção Primária à Saúde. Ações educativas individuais ou coletivas devem ser realizadas dentro da Unidade, assim como na comunidade, com a finalidade de diminuir a exposição da população feminina aos fatores de risco já conhecidos para desenvolvimento desse tipo de câncer. Estabelecimento de vínculo profissional-paciente, por meio de abordagens de temas que sejam do interesse dessa

população, é o primeiro passo para o sucesso. Discutir assuntos direcionados à saúde da mulher, como autocuidado, autoestima, planejamento familiar, climatério, doenças sexualmente transmissíveis tendem a facilitar o estabelecimento desse vínculo, possibilitando alcançar o principal objetivo proposto, no caso, prevenção e/ou detecção precoce do câncer de colo uterino. Segundo o Ministério da Saúde 1 em cada 5 mulheres é portadora do Papiloma Vírus Humano (HPV) e, a cada ano, 137 mil novos casos são registrados no Brasil. Os estudos apontam que 90% dos casos de câncer cérvico-uterino estão associados à infecção por HPV. Essa afirmação deve ser usada como uma alavanca para incentivar e estimular as mulheres à realização do exame de prevenção de câncer de colo uterino.

A meta pactuada em seu município para realização do exame citopatológico do câncer de colo uterino tem sido alcançada? Que dificuldades você identifica quanto à realização desse exame?

O profissional enfermeiro inserido na equipe de saúde da família desempenha papel fundamental na adesão ou mudança de comportamento da população feminina sob sua responsabilidade em relação à realização do exame preventivo. Desse modo, contribui sobremaneira para a redução do índice de mortalidade por essa doença, o que passa a refletir na melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

De todos os novos casos de câncer que ocorrem anualmente no mundo, pelo menos um terço deles poderia ser prevenido. Essa informação, se levada a sério, deve impulsionar os profissionais de saúde no desempenho de suas atribuições com maior interesse e compromisso.

3.2 Rastreamento e Captação

O câncer de colo de útero em sua fase inicial é assintomático e não apresenta quaisquer alterações que sejam perceptíveis

ao examinador durante o exame ginecológico de rotina. Talvez esse seja um motivo que leve as mulheres a resistirem contra a sua realização. Esse dado é importante para despertar e reforçar no profissional enfermeiro a necessidade urgente de elaboração de estratégias voltadas a ações educativas, dirigidas à população específica.

Segundo a Organização Mundial de Saúde, o rastreamento em uma cobertura de 80% de exames citopatológicos realizados na população em questão é considerado impactante e representaria uma redução de 50% na mortalidade ocasionada por essa doença. Sabe-se que pode haver redução de até 80% de óbitos causados pelo câncer cérvico-uterino se o rastreamento for bem planejado e executado conforme o preconizado.

Seção 4 - CÂNCER DE MAMA

Talvez seja, de todas as doenças, a mais temida pela população feminina; esse temor pode estar ligado a sua alta frequência e também a efeitos psicológicos, visto que, quando a mutilação se faz necessária, afeta a questão da sexualidade intimamente relacionada com a aparência física.

Foi descrito pela primeira vez há quase 3 mil anos (2500 a 3000 a.C), portanto é uma doença antiga e que continua ameaçando e ceifando a vida de milhares de mulheres a cada ano. No Brasil, são aproximadamente 49 mil casos novos anualmente. Esse dado indica que, em uma população de 100 mil mulheres, 49 serão atingidas por esse mal, segundo estimativa do INCA. Cerca de 1 milhão de novos casos surgem anualmente no mundo. Vale ressaltar que, de todos os casos de câncer em mulheres, este representa 22% e se constitui a primeira causa de morte entre as mulheres.

Na última década, a incidência de câncer de mama na população feminina teve crescimento preocupante, podendo ser atribuído a mudanças sociodemográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde. Outros fatores, como aumento da expectativa de vida, industrialização, urbanização e avanços tecnológicos na área da saúde podem estar relacionados a esse crescimento. O diagnóstico precoce sugere prognóstico favorável e os tratamentos usuais não garantem a cura, porém tem-se observado aumento de sobrevida. Ainda que se considere bom prognóstico o diagnóstico e instituição do tratamento precocemente, observa-se que os índices de mortalidade permanecem elevados. Essa constatação sugere que talvez a doença continue sendo diagnosticada em estágio mais avançado ou tardiamente.

Quadro 1 - Estimativas de casos novos de câncer para 2010 e 2011

Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.240	49,27	17.540	74,56
Colo do Útero	18.430	18,47	5.280	22,50
Cólon e Reto	14.800	14,80	5.530	23,54
Traqueia, Brônquio e Pulmão	9.830	9,82	3.130	13,37
Estômago	7.680	7,70	2.340	9,94
Leucemias	4.340	4,33	1.330	5,52
Cavidade Oral	3.790	3,76	1.090	4,48
Pele Melanoma	2.970	2,92	860	3,38
Esôfago	2.740	2,69	660	2,55
Outras Localizações	78.770	78,83	28.510	121,33
Subtotal	192.590	192,74	66.270	282,03
Pele não Melanoma	60.440	60,51	12.800	54,45
Todas as Neoplasias	253.030	253,23	79.070	336,52
Números arredondados para 10 ou múltiplos de 10				

Fonte: INCA, 2009

4.1 Como Detectar o Câncer de Mama

A Portaria Nacional de Atenção Básica de 28 de março de 2006 caracteriza a Atenção Primária “por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrangem a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde”. Assim sendo, o profissional enfermeiro que atua em Unidades de Saúde da Família tem papel relevante em repassar as informações a todas as mulheres a quem presta assistência ou durante as consultas de enfermagem, sempre com a intenção de

incentivar e estimular não só os hábitos saudáveis, mas também a realização do autoexame. Essa conduta contribuirá para diminuir os índices elevados de mortalidade por essa doença. O exame clínico das mamas, realizado por profissional treinado e capacitado, é o primeiro passo para se trabalhar a prevenção. Esse momento deve ser aproveitado para ensinar a mulher a realizar o autoexame, cabendo a esse profissional explicar-lhe o que é considerado normal e um achado que merece atenção. Um grande número de alterações mamárias é detectado pela própria mulher ao realizar o autoexame, por isso mesmo ela deve ser orientada da importância desse hábito.

As mulheres que, durante o exame clínico, apresentam alguma alteração devem ser encaminhadas para o profissional médico treinado para esse cuidado e responsável por solicitação de exames complementares e encaminhamentos para outros procedimentos que se fizerem necessários, como mamografia, ultrassonografia ou punção aspirativa.

4.2 A Mulher e o Câncer de Mama

À percepção dos primeiros indícios da doença ou à menor hipótese de confirmação diagnóstica de câncer de mama, ocorrerá na mulher uma mudança comportamental que envolverá família e pessoas de seu relacionamento. O período que antecede a confirmação ou não da doença é difícil e doloroso, requerendo dos profissionais envolvidos bastante habilidade no atendimento. Os profissionais de saúde devem ser treinados para lidar com essa situação, especialmente o enfermeiro, uma vez que faz parte de sua rotina de trabalho ações educativas voltadas para a prevenção e controle do câncer de mama, bem como incentivo e estímulo à realização do autoexame das mamas. A detecção e o tratamento precoce do câncer de mama refletirão na qualidade de vida dessa mulher e de sua família.



VAMOS SABER MAIS!

Na biblioteca do ambiente, você encontrará o Caderno de Atenção Básica sobre esse tipo de câncer.

O Instituto Nacional do Câncer recomenda que se realize rastreamento de mulheres assintomáticas para a detecção precoce do câncer de mama, para tanto é necessário que se obedeça aos seguintes critérios:

- exame clínico das mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual;
- mamografia - para mulheres a partir dos 40 anos de idade;
- exame clínico das mamas e mamografia anual - para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2006).

A Portaria 779 do Ministério da Saúde, de 31 de dezembro de 2008 (Brasil, 2008), em seu Artigo 1º, define como sistema de informação oficial do Ministério da Saúde, a ser utilizado para o fornecimento dos dados informatizados dos procedimentos relacionados ao rastreamento e à confirmação diagnóstica do câncer de mama, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA). Esse sistema permitirá o gerenciamento das ações de rastreamento de câncer e a confirmação diagnóstica do câncer de mama.

Seção 5 - PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

Embora a gestação seja considerada um fenômeno fisiológico e com alterações já esperadas na vida da mulher, observa-se que uma parcela, em torno de 25%, das gestantes apresenta complicações. Essa informação reforça a importância do acompanhamento do pré-natal para que ele seja realizado com qualidade.

Estudos revelam que mais de 90% dos casos de óbito materno ocorrem por causas evitáveis, dentre estas, destacam-se as infecções, doenças hipertensivas e hemorragia.

O principal objetivo da atenção pré-natal e puerperal é que a mulher seja assistida desde o início da gravidez e que essa assistência seja garantida até o término da gestação, garantindo o nascimento de uma criança saudável, assim como conforto e serenidade à mãe e ao recém-nato.

O acompanhamento pré-natal e puerperal realizado de maneira qualificada e humanizada, sem que haja intervenções desnecessárias, mas com acesso facilitado aos serviços de saúde, em que as ações que integram a Atenção Primária à Saúde sejam cumpridas em acordo com o preconizado, refletirá em boa qualidade de assistência e vida do binômio mãe/recém-nato.

Durante a primeira consulta de pré-natal, a anamnese e exame físico deverão ser realizados a fim de possibilitar diagnóstico, avaliação de risco, solicitação de exames, verificar situação da saúde bucal da gestante e conhecer situação vacinal. As informações obtidas permitirão que as orientações sejam realizadas de maneira individual e personalizada, o que reforçará o vínculo profissional-usuária. O preenchimento completo e correto do cartão da gestante facilitará o agendamento de retorno e o acompanhamento nas consultas subsequentes.

O Programa Nacional de Imunização (PNI), juntamente com o Ministério da Saúde, realiza durante o ano extensa divulgação

sobre as campanhas de vacinas, bem como das novas que são introduzidas nos calendários.



VAMOS REFLETIR!

Você está atualizado quanto às vacinas preconizadas para as gestantes?

Vale lembrar:

- Gestante sem imunização prévia com a vacina DT tipo adulto (Difteria e Tétano): primeira dose após o primeiro trimestre e as duas seguintes com intervalo de 30 a 60 dias, ou seja, segunda dose até o sexto mês; terceira dose até o oitavo mês.
- Gestante vacinada previamente, até há cinco anos: considerá-la imune; se há mais de cinco anos, aplicar dose de reforço.
- Gestante com imunização incompleta: completar dose(s) faltante(s).

Reforços: de 10 em 10 anos; a dose de reforço deve ser antecipada se nova gestação ocorrer após cinco anos do último reforço.

OBSERVAÇÃO: a última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data provável do parto. Você deve estar atento aos prazos para não perder as oportunidades de atualização do calendário de vacinação durante as consultas de pré-natal ou quando as gestantes procurarem o serviço de Atenção Primária à Saúde.

Gestante sem imunização prévia com relação à vacina anti-Hepatite B: primeira dose em qualquer período da gestação, porém há profissionais que orientam aguardar completar o primeiro trimestre; segunda dose, 30 dias após a primeira dose e terceira dose, cinco meses após a segunda dose.

Observação: a gestante poderá realizar sorologia para Hepatite b antes da administração do esquema vacinal (Hepatite b).

É fundamental que os profissionais de saúde engajados nas equipes da Atenção Primária à Saúde prestem assistência de acordo com parâmetros definidos pelo Manual Técnico Pré-Natal e Puerpério, do Ministério da Saúde. Abaixo estão descritos alguns:

1. captação precoce das gestantes, com realização da primeira consulta de pré-natal em até 120 dias da gestação;
2. realização de, no mínimo, seis consultas de pré-natal, sendo, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação;
3. desenvolvimento das seguintes atividades ou procedimentos durante a atenção pré-natal:
 - 3.1 Escuta ativa da mulher e seus (suas) acompanhantes, esclarecendo dúvidas e informando sobre o que vai ser feito durante a consulta e as condutas a serem adotadas;
 - 3.2 atividades educativas a serem realizadas em grupo ou individualmente, com linguagem clara e compreensível, proporcionando respostas às indagações da mulher ou da família e as informações necessárias;
 - 3.3 estímulo ao parto normal e resgate do parto como ato fisiológico;
 - 3.4 anamnese e exame clínico-obstétrico da gestante.



VAMOS SABER MAIS!

Todos os parâmetros estabelecidos você conhece acessando o Manual de Puerpério, disponível na biblioteca do ambiente.



VAMOS REFLETIR!

Como você considera a qualidade da assistência pré-natal prestada às gestantes atendidas por sua equipe?

5.1 Atenção no Puerpério

A mesma assistência qualificada e humanizada prestada à gestante deve ter continuidade no período puerperal, possibilitando identificar a situação de saúde desse binômio. O enfermeiro deverá realizar uma visita domiciliar, preferencialmente na primeira semana após a alta hospitalar. Quando o RN é classificado como de risco, recomenda-se que a visita seja realizada nos primeiros três dias após a alta. Durante a assistência ao pré-natal, a gestante deve ser incentivada a procurar a Unidade de Saúde para realização da primeira consulta da mãe e RN. Esse momento é de suma importância para avaliar o estado de saúde da mulher e o do recém-nascido, quando se devem reforçar as orientações repassadas sobre a amamentação e os cuidados básicos com o RN, avaliar a interação da mãe com o recém-nascido e identificar situações de risco ou intercorrências a fim de intervir e orientar o planejamento familiar.

A equipe e o serviço de saúde devem estar capacitados para intervir, uma vez que ocorrências de morbidade e mortalidade materna e neonatal ocorrem na primeira semana após o parto.

5.2 Ações em Relação à Puérpera

O correto preenchimento do cartão da gestante durante a assistência pré-natal facilita o acompanhamento no puerpério,

inclusive durante a visita domiciliária. Na realização da primeira consulta, que deverá contar com minuciosa anamnese, é feita criteriosa avaliação clínico-ginecológica e investigação sobre aleitamento materno, possibilitando ao profissional enfermeiro intervir de maneira positiva na qualidade da assistência prestada à puérpera. É importante frisar que neste momento deverá ser agendada a próxima consulta de puerpério (até 42 dias após o parto).



VAMOS REFLETIR!

Faz parte da rotina do seu serviço realizar visita domiciliária puerperal?

5.3 Ações em Relação ao Recém-Nascido

Durante a primeira consulta do recém-nascido, é fundamental verificar se ele já possui a Caderneta de Saúde da Criança e conferir se está preenchida corretamente. O exame físico é detalhado, observando: peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, características da pele, genitália, extremidades e coluna vertebral. Tente identificar peso ao nascer, comprimento, APGAR, idade gestacional e condições de vitalidade. Investigue como foram as condições de alta da mãe e RN. As orientações e observações sobre a mamada são essenciais, portanto reforce o que já foi trabalhado durante as consultas de pré-natal. Lembre a mãe da importância de levar o bebê ao serviço de saúde para realização do exame de triagem neonatal, frisando sua importância para a saúde do RN. Certifique-se quanto à vacinação (BCG e Hepatite b) e, caso

a criança ainda não a tenha recebido, oriente para que leve ao posto de saúde o mais breve possível. Busque identificar a existência de intercorrências e se as mesmas já foram solucionadas.

Seção 6 - CLIMATÉRIO

Período especial na vida da mulher, que compreende o término da fase reprodutiva, intimamente ligada à questão da jovialidade, e o início da vida não reprodutiva, associada à senilidade. Alguns autores divergem no que se refere à idade em que ocorre o climatério, variando geralmente entre 40 e 55 anos, podendo se estender até os 65 anos, mas normalmente é em torno dos 45 anos. No Brasil, a faixa etária média observada é em torno dos 48 anos. Climatério também é denominado de Síndrome do Climatério, moléstia menopausal ou síndrome menopausal. A característica marcante é a irregularidade menstrual precedendo sua cessação. O ciclo vai reduzindo, as menstruações vão se espaçando, o sangramento tem seu volume diminuído, há períodos de anovulação e, com isso, a probabilidade de gestação se torna mais difícil, mas ainda há possibilidade que isso ocorra, portanto mulheres que não desejam mais engravidar precisam continuar recorrendo aos métodos contraceptivos usuais durante um ano ou mais após a cessação da menstruação.

Nesse período, fica evidenciada a queda do nível dos hormônios femininos, Progesterona e Estrógeno, marcando o esgotamento dos folículos ovarianos, fato este que gera ansiedade motivada pela incapacidade de gerar filhos e que está associado à síndrome do ninho vazio. As mulheres que exercem atividade remunerada fora do lar começam a pensar na aposentadoria, não como um descanso merecido, e sim como uma fase de improdutividade. É nesse período que muitas ficam viúvas. Verdadeiramente, esse momento é especial.

Nessa fase da vida, algumas mulheres apresentam sintomas que são desencadeados a partir de alterações fisiológicas já esperadas. A mulher costuma apresentar ganho de peso, podendo inclusive levar à obesidade. Praticamente todo seu

organismo apresentará mudanças.

Segundo a Sociedade Brasileira de Climatério (SOBRAC), o climatério se divide em três fases:

- Fase pré-menopausal: período compreendido entre o final da menacme até o momento da menopausa;
- Fase perimenopausal: período que compreende 1 ano que precede e 1 ano que sucede a menopausa;
- Fase pós-menopausal: tem seu início na menopausa e termina na velhice.

É preciso lembrar que climatério não é doença e sim uma fase de transição no ciclo biológico da mulher. Ainda que não seja considerado um processo patológico, temos que observar que a queda dos níveis hormonais e a chegada da velhice, associadas à individualidade do organismo de cada mulher, contribuirão no desencadear dos sinais e sintomas clássicos referidos pela grande maioria das mulheres nessa fase da vida. Portanto, o climatério deve ser tratado com o mesmo cuidado e seriedade com que se trata um processo patológico, tendo como propósito proporcionar mais bem-estar. As manifestações esperadas são agrupadas em manifestações neurogênicas, psicogênicas, metabólicas, mamárias e geniturinárias.

6.1 Manifestações Neurogênicas-Distúrbios Vasomotores

As ondas de calor, normalmente acompanhadas de sudorese, incidem com maior intensidade à noite. O fator desencadeante dessas ondas de calor ainda não está totalmente esclarecido, mas alguns autores acreditam que talvez estejam associadas a alterações fisiológicas sob influência da dinâmica psicológica. As manifestações mais comuns são: sudorese, calafrios, palpitações, cefaleia, insônia, tonturas, parestesias, perda da memória e fadiga.

6.2 Manifestações Metabólicas

Essas manifestações estão intimamente ligadas ao metabolismo ósseo e lipídico.

Com o passar dos anos e a progressiva e inevitável chegada da senilidade, o organismo humano vai sofrendo perdas e uma delas tem significado especial na vida das mulheres, trata-se da perda óssea, quando ocorre o surgimento da osteoporose, problema frequente na fase do climatério. Assim, o risco de fraturas se torna iminente. A propensão a quedas, muitas vezes consideradas sem importância, pode levar à fratura da coluna e colo do fêmur, tornando a recuperação mais difícil exatamente pela fragilidade dos ossos. Outra característica dessa fragilidade apontada é a perda de altura e alteração na coluna vertebral, levando à cifose, curvatura da coluna vertebral na região superior.

Já está provado que a queda nos níveis de estrogênio tem papel importante na perda óssea na fase do climatério, porém nem todas as mulheres apresentam a mesma perda, o pico de massa óssea na idade adulta é que vai determinar essa perda. A cada ano, as mulheres perdem cerca de 1% de sua massa óssea a partir do seu pico, que ocorre por volta dos 30 anos de idade. Essa perda se acentua após a menopausa. A herança genética e o estilo de vida vão favorecer ou não essa perda óssea durante o climatério e após a menopausa. Embora não se possa interferir na genética, compete aos profissionais integrantes da equipe de saúde da família, durante as ações educativas, orientar e estimular hábitos saudáveis de vida, visando a um futuro também mais saudável.

Em relação ao metabolismo, há alteração nos níveis de colesterol total e da lipoproteína de baixa densidade (LDL), contribuindo para o aumento da incidência de coronariopatia isquêmica, infarto agudo do miocárdio e acidente vascular encefálico.

O nível da lipoproteína de alta densidade (HDL) normalmente se mantém inalterado.

6.3 Osteoporose

A osteoporose pode ser classificada em primária e secundária. A primária pode se dividir em: pós-menopausal ou pós-menopáusia, senil e idiopática do adulto jovem.

6.3.1 Fatores de risco para osteoporose primária

Podemos dividir esses fatores em três grupos: inevitáveis, aceleradores e protetores.

- **inevitáveis** - estão relacionados a características que não podemos alterar tais como: idade avançada, raça branca, história familiar, estatura e menopausa (natural ou cirúrgica);
- **aceleradores** - são fatores ou hábitos que nos acompanharam durante nossa vida, como a ingestão de alimentos pobres em cálcio, dieta hiperproteica, rica em fibra e sódio, alimentos acidificados, sedentarismo, tabagismo, etilismo, nunca ter engravidado nem amamentado. Apesar de classificados como aceleradores, podem ser mudados no decorrer da vida;
- **protetores** - são fatores conquistados a partir do uso prolongado de estrógenos; raça negra e obesidade também são consideradas nesses fatores.

6.3.2 Fatores de risco para osteoporose secundária

Considera-se osteoporose secundária quando seu desenvolvimento se dá a partir de alterações endócrina, reumatológica, renal, digestiva, neoplásica, e também pelo uso de drogas como corticoides, anticonvulsivantes e quantidades

excessivas de hormônios da tireoide. Também contribuem como fatores de risco para osteoporose secundária doenças relacionadas à insuficiência renal crônica, doenças intestinais, diabetes mellitus, distúrbios hormonais, em especial os distúrbios da tireoide, paratireoide ou adrenal.

6.4 Manifestações Psicogênicas

Não se pode afirmar que o climatério exerça alterações em mulheres emocionalmente ajustadas, porém manifestações clínicas como as descritas anteriormente são decorrentes do próprio processo de envelhecimento e podem determinar alterações psicológicas, interferindo na autoestima, relacionamento interfamiliar e social e até questões voltadas para sua sexualidade.

6.5 Manifestações Mamárias

As mamas tornam-se atroficas, flácidas e têm seu volume reduzido. Não se podem atribuir essas modificações somente ao fator idade, pois fatores como constituição corporal, número de gestações, produção de hormônios endógenos, uso de hormônios exógenos também colaboram para essas alterações.

6.6 Manifestações Genitais

Normalmente ocorrem manifestações de dispareunia, além de corrimento causado por germes específicos ou inespecíficos, muitas vezes originado pela baixa resistência do sistema imunológico, redução dos pelos pubianos, aumento de gordura e tecido elástico dos grandes lábios e enrugamento da pele, atrofia das glândulas de Bartholin e do clitóris, ardor, disúria, distrofias vulvares, estreitamento progressivo do introito vaginal, rugosidade e secura vaginal e infecção secundária.

6.7 Manifestações Urinárias

O surgimento de alterações do trato urinário baixo pode ser atribuído à deficiência dos estrógenos na pós-menopausa. São percebidas alterações tróficas na mucosa do trato urinário e na estática vesical, o que leva à irritabilidade vesical, disúria e resíduo urinário, responsáveis por cistites de repetição. Além dessas alterações, outras, como poliúria, polaciúria, sensação de micção iminente e incontinência urinária de esforço também se fazem presente.

6.8 Manifestações Tegumentares

Com o decorrer dos anos, as alterações na pele e seus anexos têm despertado nos estudiosos um interesse maior em pesquisar sobre o assunto, pois o aumento na expectativa de vida evidencia ainda mais as manchas hipocrômicas, sardas e pigmento escuro, perda das fibras elásticas e do colágeno, levando ao surgimento das rugas, que são naturais da idade. Outras alterações frequentes são diminuição dos pelos corporais, queda e embranquecimento dos cabelos.

Todas as manifestações citadas acima devem ser conhecidas pelos profissionais que assistirão essas mulheres, assim como as condutas a serem adotadas com o objetivo de minimizar os desconfortos. Isso reforça a importância do preparo do profissional enfermeiro integrante da equipe de Estratégia da Saúde da Família.



VAMOS REFLETIR!

Você se considera preparado para esse atendimento?
Existem muitas mulheres no climatério em sua área de atuação?
As manifestações citadas são as mesmas mencionadas por elas?
Que estratégias a equipe tem utilizado para auxiliar essas mulheres nesse período especial?

Seção 7 - QUALIDADE DE VIDA E SEXUALIDADE NO FINAL DA VIDA REPRODUTIVA

Desordens psíquicas podem se tornar mais evidentes durante a fase do climatério, mas ainda não se conhece totalmente de que maneira a menopausa exerce influência em alterações psicológicas preexistentes. Sabe-se que, frequentemente, essas alterações atingem o campo sexual. Grande número de mulheres procura os profissionais especialistas em climatério com a queixa de desinteresse sexual. Essa nova etapa da vida leva a mulher a se sentir insegura, comprometendo o relacionamento interfamiliar, adaptação sexual e integração social.

A perda da libido é provocada pela insuficiência ovariana antes mesmo que os sintomas considerados mais clássicos sejam percebidos. Há, porém, um grupo de mulheres que refere ter aumento do desejo sexual que alguns estudiosos associam a um aumento na síntese de andrógenos pelos ovários, sendo esse evento temporário.

Na realidade ocorre diminuição dos níveis hormonais, que altera a circulação sanguínea vaginal e, simultaneamente há redução na quantidade e qualidade das secreções vaginais e elevação do pH. Essas alterações interferem no interesse sexual, assim como na quantidade de relações sexuais, frequência e intensidade dos orgasmos.

O estrógeno exerce efeito benéfico na sexualidade feminina. A partir dos resultados obtidos pela queda em seu nível e dos estudos apontarem os efeitos benéficos proporcionados pelo estrógeno sintético, alguns estudiosos optam pela terapia de reposição hormonal (TRH) como medida na melhoria e manutenção da qualidade de vida dessas mulheres. A resposta ao tratamento tem confirmado mudança de comportamento.

O enfermeiro deverá ser sensível o suficiente para dar suporte à mulher nessa fase de transição, esclarecendo suas

dúvidas, alertando sobre hábitos de vida saudável e ressaltando que esse período não significa o fim da sua vida sexual, mas que sua sexualidade deve ser mantida e exercida.



VAMOS REFLETIR!

Você se considera preparado para trabalhar com esta população?
Existe algum trabalho ou projeto voltado para esta parcela da população feminina em sua área de atuação?

REFERÊNCIAS

BRASIL, Ministério da Saúde. Centro de Documentação do Ministério da Saúde. Assistência Integral à Saúde da Mulher: bases de ação programática. Brasília, DF, 1984.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Programática Estratégica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®): uma revisão de literatura. Marcia Regina Cubas, Sandra Honorato da Silva, Mariângela Rosso

COELHO, Suelene. M433s Saúde da mulher / Suelene Coelho e Yula Franco. Porto. Belo Horizonte: Nescon/UFMG, Coopmed, 2009.

DUARTE, S. J. H; ANDRADE, S. M. O. O significado do pré-natal para mulheres grávidas: uma experiência no município de Campo Grande, Brasil. Saúde soc., São Paulo, v. 17, n. 2, jun. 2008 Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902008000200013&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 17 mar. 2011.

GERK M.A.S, BARROS S.M.O. Intervenções de enfermagem para os diagnósticos de enfermagem mais frequentes em dois serviços públicos de assistência à saúde da mulher* , Revista ACTA - www.scielo.br/pdf/ape/v18n3/a06v18n3.pdf

Igualdade de gênero e HIV/aids: uma política por construir. Cartilha publicada e disponibilizada na Rede Nacional Feminista de Saúde, Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos, no site <http://www.redesaude.org.br>

CAPÍTULO 4

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO ADULTO

Este módulo apresenta um conteúdo atualizado e baseado em evidências científicas para oportunizar uma reflexão acerca da sistematização da assistência de enfermagem ao adulto, dividida didaticamente em ciclos de vida para facilitar o aprendizado. Já existe familiaridade com o conteúdo abordado, visto que, na graduação, passamos por todos esses pontos. A diferença, agora, é que os assuntos estão dimensionados a situações de trabalho encontradas no cotidiano profissional.

O objetivo, então, é instrumentalizar enfermeiros da ESF para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do adulto, utilizando a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), em consonância com as Políticas Públicas e Legislação do Exercício Profissional vigentes.

Seção 1 - CONTEXTUALIZAÇÃO DA SAÚDE DO ADULTO E FATORES DE RISCO PARA DOENÇAS CRÔNICO-DEGENERATIVAS

Nesta seção vamos abordar a situação da saúde do adulto, estilo de vida e reflexo deste nas formas de adoecer e morrer, bem como a importância da estratificação de risco e o conceito de risco cardiovascular global.

Primeiramente, precisamos conhecer a população adulta da nossa área de abrangência. A partir daí, traçamos o perfil (com base nos indicadores), as necessidades desta população e planejamos as ações.

A Política Nacional da Atenção Básica estabelece como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da hanseníase, o controle da tuberculose, o controle da hipertensão arterial, o controle do diabetes mellitus, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde. Dentro da saúde do adulto, temos indicadores que nos possibilitam saber como se encontram a organização da demanda, a prevalência e a incidência das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, os fatores de risco, em decorrência da situação do meio ambiente e do comportamento e estilo de vida das pessoas, e as condições de vulnerabilidade da população adscrita. Vamos então refletir sobre alguns indicadores que nos possibilitam acompanhar as ações de atenção à saúde do adulto.

O Brasil vive grandes mudanças nas formas de adoecimento e morte, com queda acentuada na mortalidade por doenças transmissíveis e aumento de doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial e doenças cardiovasculares. A hipertensão arterial sistêmica é a mais frequente das doenças cardiovasculares. É também o principal fator de risco para as complicações mais comuns, como acidente vascular cerebral e infarto agudo do miocárdio, além da doença renal crônica terminal.

Você sabia que esse quadro tende a crescer nos próximos anos, não só pelo crescimento e envelhecimento da população, mas, sobretudo, pela persistência de hábitos inadequados de alimentação e atividade física, além do tabagismo?

É, temos muito trabalho, não é mesmo?

Há consenso sobre a importância da adoção de estratégias de atenção integral focadas na prevenção do aparecimento de HAS e DM e suas complicações cada vez mais precocemente ao longo do ciclo de vida. Estão bem estabelecidas as ações de saúde que devem ser implementadas para um efetivo controle desses fatores de risco visando à prevenção da doença e de seus agravos. O principal desafio é traduzir em ações concretas de cuidado integral a indivíduos e comunidades o conhecimento científico e os avanços tecnológicos hoje disponíveis e colocá-los no âmbito populacional, ao alcance de um maior número possível de indivíduos.

Mais importante do que diagnosticar no indivíduo uma patologia isoladamente, seja diabetes, hipertensão ou a presença de dislipidemia, é avaliá-lo em termos de seu risco cardiovascular, cerebrovascular e renal global. A prevenção baseada no conceito de risco cardiovascular global significa que os esforços para a prevenção de novos eventos cardiovasculares serão orientados, não de maneira independente, pelos riscos da elevação de fatores isolados, como a pressão arterial ou o colesterol, mas pelo resultado da soma dos riscos imposta pela presença de múltiplos fatores, estimados pelo risco absoluto global de cada indivíduo. Sob o enfoque preventivo, quanto maior o risco, maior o potencial benefício de uma intervenção terapêutica ou preventiva.

A intensidade das intervenções preventivas deve ser determinada pelo grau de risco cardiovascular estimado para cada indivíduo e não pelo valor de um determinado fator. Em termos práticos, costumam-se classificar os indivíduos em três níveis de risco, baixo, moderado e alto, para o desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores. Os eventos tradicionalmente computados incluem morte por causa vascular, infarto do miocárdio e acidente vascular cerebral. A estratificação de risco baseia-se na classificação inicial, levando-se em conta o exame clínico, e avança para a indicação de exames complementares quando o exame clínico apontar que o grau de risco sugere risco moderado a alto. A classificação de risco pode ser repetida a cada 3 ou 5 anos e sempre que eventos clínicos apontarem a necessidade de reavaliação.



VAMOS SABER MAIS!

Para conhecer mais sobre como é realizada a estratificação de risco, acesse na íntegra o Caderno de Atenção Básica nº14.

A proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde da Organização Mundial da Saúde sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir substancialmente as doenças em todo o mundo por meio de medidas preventivas. Existem inúmeras intervenções protetoras vasculares e renais de benefício comprovado, entre elas destacam-se adoção de hábitos alimentares adequados e saudáveis, cessação do tabagismo, prática de atividade física regular, controle da pressão arterial, manejo das dislipidemias, manejo do diabetes com controle da glicemia e uso profilático de alguns fármacos.



VAMOS REFLETIR!

Percebe a importância de avaliarmos o adulto integralmente? Existem ferramentas como essa estratificação apresentada no material do Ministério da Saúde que auxiliam e direcionam a nossa prática. Interessante, não?

Leia o Caderno de Atenção Básica nº14- Prevenção Clínica de Doença Cardiovascular, Cerebrovascular e Renal Crônica- Disponível na biblioteca virtual.

Seção 2 - UNIVERSO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Nesta seção vamos abordar hipertensão arterial sistêmica - HAS - e diabetes melittus, importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo, e reforçar pontos importantes na detecção e acompanhamento dessas patologias, que são fatores de risco para doenças cerebrovasculares, cardiovasculares e renais, acarretando diminuição da qualidade de vida, incapacidade e mortalidade.

2.1 Hipertensão arterial sistêmica (HAS)

Hipertensão arterial sistêmica (HAS) é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais. A principal relevância da identificação e controle da HAS reside na redução das suas complicações, tais como:

- Doença cerebrovascular
- Doença arterial coronariana
- Insuficiência cardíaca
- Doença renal crônica
- Doença arterial periférica

Os profissionais de saúde da atenção primária têm importância primordial nas estratégias de controle da hipertensão arterial (HAS), quer na definição do diagnóstico clínico e da conduta terapêutica, quer nos esforços requeridos para informar e educar o paciente hipertenso para fazê-lo aderir ao tratamento, quer seja medicamentoso ou não. É preciso ter em mente que a manutenção da motivação do paciente em não abandonar o tratamento é talvez uma das batalhas mais árduas que profissionais de saúde enfrentam em relação ao paciente hipertenso. Para complicar ainda mais a situação, é importante

lembrar que um grande contingente de pacientes hipertensos também apresenta outras comorbidades, como diabetes, dislipidemia e obesidade, que trazem implicações importantes em termos de gerenciamento das ações terapêuticas necessárias para o controle de um aglomerado de condições crônicas, cujo tratamento exige perseverança, motivação e educação continuada.



VAMOS REFLETIR!

Muitos pacientes passam pelo atendimento não apenas do enfermeiro, mas da equipe de enfermagem. E a medida da pressão arterial é realizada repetidamente ao longo de uma jornada de trabalho. E como é realizada? Estamos atentos a esse procedimento?

Vamos resgatar alguns pontos importantes.

Para a medida da pressão arterial (PA), recomenda-se que o paciente esteja sentado. Entretanto, a medida da PA na posição ortostática deve ser feita pelo menos na primeira avaliação, especialmente em idosos, diabéticos, alcoólicos e pacientes em uso de medicação anti-hipertensiva. Para ter valor diagnóstico necessário, a PA (pressão arterial) deve ser medida com técnica adequada, com utilização de aparelhos confiáveis e devidamente calibrados, respeitando-se estas recomendações para esse procedimento:

1. Explicar o procedimento ao paciente, orientando que não fale e descanse por 5-10 minutos em ambiente calmo, com temperatura agradável. Promover relaxamento para atenuar o efeito do avental branco (elevação da pressão arterial pela tensão provocada pela simples presença do profissional de saúde, particularmente do médico).

2. Certificar-se de que o paciente não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos há 60- 90 minutos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes e se não está com as pernas cruzadas.
3. Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do paciente, cerca de 2 a 3 cm acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. A largura da bolsa de borracha deve corresponder a 40% da circunferência do braço e o seu comprimento, envolver pelo menos 80%.
4. Manter o braço do paciente na altura do coração, livre de roupas, com a palma da mão voltada para cima e cotovelo ligeiramente fletido.
5. Posicionar os olhos no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
6. Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento, para estimativa do nível da pressão sistólica; desinflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
7. Posicionar a campânula do estetoscópio suavemente sobre a artéria braquial, na fossa antecubital, evitando compressão excessiva.
8. Inflar rapidamente, de 10 em 10 mmHg, até ultrapassar de 20 a 30 mmHg, o nível estimado da pressão sistólica. Proceder à deflação, com velocidade constante inicial de 2 a 4 mmHg por segundo. Após identificação do som que determinou a pressão sistólica, aumentar a velocidade para 5 a 6 mmHg para evitar congestão venosa e desconforto para o paciente.
9. Determinar a pressão sistólica no momento do aparecimento do primeiro som (fase I de Korotkoff), seguido de batidas regulares que se intensificam com o aumento da velocidade de deflação. Determinar a

pressão diastólica no desaparecimento do som (fase V de Korotkoff). Auscultar cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som para confirmar seu desaparecimento e depois proceder à deflação rápida e completa. Quando os batimentos persistirem até o nível zero, determinar a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff).

10. Registrar os valores das pressões sistólicas e diastólica, complementando com a posição do paciente, o tamanho do manguito e o braço em que foi feita a medida. Não arredondar os valores de pressão arterial para dígitos terminados em zero ou cinco.
11. Esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas.
12. O paciente deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento.

Importante: um dos aspectos mais relevantes para garantir a acurácia das medidas de pressão arterial é a utilização de manguitos de dimensões recomendadas para o uso nas diversas faixas etárias e locais de medida da PA. A utilização de aparelhos de pressão com manguitos de dimensões fora das recomendadas acarretará imprecisão dos resultados obtidos. Os tensiômetros utilizados hoje têm manguitos com 23 a 24 cm de comprimento em média, o que dá 80% para braços de até 30 cm de perímetro, na maioria das vezes adequado.

Para pacientes com perímetro de braço superior a 30 cm deve ser usado um manguito maior. Também para crianças devemos utilizar manguito adequado.

A Hipertensão Arterial é definida como **pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg** em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva.

Devem-se considerar no diagnóstico da HAS, além dos níveis tensionais, o risco cardiovascular global estimado pela presença dos fatores de risco, a presença de lesões nos órgãos-alvo e as comorbidades associadas. Em indivíduos sem diagnóstico prévio e níveis de PA elevada em uma aferição, recomenda-se repetir a aferição de pressão arterial em diferentes períodos, antes de caracterizar a presença de HAS. Este diagnóstico requer que se conheça a pressão usual do indivíduo, não sendo suficiente uma ou poucas aferições casuais. A aferição repetida da pressão arterial em dias diversos é requerida para chegar à pressão usual e reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste na elevação da pressão arterial ante a simples presença do profissional de saúde no momento da medida da PA.

Há outros métodos para caracterizar a pressão usual dos indivíduos. A Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) é o registro da pressão arterial por método indireto, com três medidas pela manhã e três à noite, durante 4-5 dias, realizado pelo paciente ou outra pessoa treinada durante a vigília, no domicílio ou no trabalho, com aparelhos validados. São consideradas anormais na MRPA as médias de, pelo menos, 12 medidas de pressão arterial acima de 135/85 mm Hg. A Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA) é o método que permite o registro indireto e intermitente da pressão arterial durante 24 horas, enquanto o paciente realiza suas atividades habituais, na vigília e durante o sono. São consideradas anormais na MAPA as médias de pressão arterial de 24 horas, vigília e sono acima de 130/80, 135/85 e 120/70 mm Hg, respectivamente. Em casos excepcionais, pode ser necessária a avaliação da pressão arterial em situações do cotidiano, sem interferência da equipe médica, através de MAPA ou MRPA. As

indicações mais frequentes são avaliação de efeito do avental branco e avaliação terapêutica anti-hipertensiva, quando em tratamento otimizado e persistência de níveis elevados ou indícios de lesão em órgão-alvo com controle adequado da pressão arterial em visitas ambulatoriais.

Você deve estar perguntando sobre o acompanhamento. Vamos lá!

A abordagem multiprofissional é de fundamental importância no tratamento da hipertensão e na prevenção das complicações crônicas. Assim como todas as doenças crônicas, a hipertensão arterial exige um processo contínuo de motivação para que o paciente não abandone o tratamento, que compreende medidas medicamentosas e não medicamentosas.

Dentre as ações comuns à equipe multiprofissional, destacam-se as seguintes:

- Promoção à saúde (ações educativas com ênfase em mudanças do estilo de vida, correção dos fatores de risco e divulgação de material educativo);
- Capacitação de profissionais;
- Encaminhamento a outros profissionais, quando indicado;
- Ações assistenciais individuais e em grupo;
- Gerenciamento do programa conforme orientações do Ministério da saúde.



VAMOS SABER MAIS!

Conhecer o tratamento medicamentoso é importante (saiba mais, acessando o Caderno Atenção Básica nº 15 sobre hipertensão). Mas vamos aprofundar a abordagem não medicamentosa tão necessária em nossas orientações gerais e nas consultas de enfermagem. Essa abordagem é baseada na mudança do estilo de vida. Certo?

2.1.1 Controle de peso

O excesso de peso é um fator predisponente para a hipertensão. Estima-se que 20% a 30% da prevalência da hipertensão podem ser explicadas pela presença do excesso de peso. Todos os hipertensos com essa condição devem ser incluídos em programas de redução de peso. A meta é alcançar um índice de massa corporal (IMC) inferior a 25 kg/m² e circunferência da cintura inferior a 102 cm para homens e 88 cm para mulheres, embora a diminuição de 5% a 10% do peso corporal inicial já seja capaz de produzir redução da pressão arterial. Independentemente do valor do IMC, a distribuição de gordura, com localização predominantemente no abdome, está frequentemente associada com resistência à insulina e elevação da pressão arterial. Assim, a circunferência abdominal acima dos valores de referência é um fator preditivo de doença cardiovascular. A redução da ingestão calórica leva à perda de peso e à diminuição da pressão arterial, mecanismo explicado pela queda da insulinemia, redução da sensibilidade ao sódio e diminuição da atividade do sistema nervoso autônomo simpático.

2.1.2 Adoção de hábitos alimentares saudáveis

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (<2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial em indivíduos hipertensos.

2.1.3 Redução do consumo de bebidas alcoólicas

A relação entre o alto consumo de bebida alcoólica e a elevação da pressão arterial tem sido relatada em estudos observacionais, e a redução da ingestão de álcool pode reduzir a pressão arterial em homens normotensos e hipertensos que consomem grandes quantidades de bebidas alcoólicas. Recomenda-se limitar a ingestão de bebida alcoólica a menos de 30 ml/dia de etanol para homens e a metade dessa quantidade para mulheres, preferencialmente junto com as refeições. Isso corresponde, para o homem, à ingestão diária de no máximo 720 ml de cerveja (uma garrafa); 240 ml de vinho (uma taça) ou 60 ml de bebida destilada (uma dose). Aos pacientes que não conseguem se enquadrar nesses limites de consumo, sugere-se o abandono do consumo de bebidas alcoólicas.

2.1.4 Abandono do tabagismo

O risco associado ao tabagismo é proporcional ao número de cigarros fumados e à profundidade da inalação. Parece ser maior em mulheres do que em homens. Em avaliação por MAPA, a PA sistólica de hipertensos fumantes foi significativamente mais elevada do que em não fumantes, revelando o importante efeito hipertensivo transitório do fumo. Portanto, os hipertensos que fumam devem ser repetidamente estimulados a abandonar esse hábito por meio de aconselhamento e medidas terapêuticas de suporte específicas.



VAMOS SABER MAIS!

Vamos conhecer o Consenso de Abordagem Antitabágica? Visite o site [www.inca.gov.br /tabagismo](http://www.inca.gov.br/tabagismo).

2.1.5 Prática de atividade física regular

Pacientes hipertensos devem iniciar atividade física regular, pois, além de diminuir a pressão arterial, o exercício pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária e de acidentes vasculares cerebrais, enfim da mortalidade geral, facilitando ainda o controle do peso. A recomendação da atividade física baseia-se em parâmetros de frequência, duração, intensidade e modo de realização. Portanto, a atividade física deve ser realizada por pelo menos 30 minutos, de intensidade moderada, na maior parte dos dias da semana (5), de forma contínua ou acumulada.

A orientação ao paciente deve ser clara e objetiva. As pessoas devem incorporar a atividade física nas atividades rotineiras, como caminhar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias, que envolvam pelo menos 150 minutos/semana (equivalente a pelo menos 30 minutos realizados em 5 dias por semana). O efeito da atividade de intensidade moderada realizada de forma acumulada é o mesmo daquela realizada de maneira contínua, isto é, os trinta minutos podem ser realizados em uma única sessão ou em duas sessões de 15 minutos (p.ex. manhã e tarde) ou ainda, em três sessões de dez minutos (p.ex. manhã, tarde e noite). De forma prática, atividade física moderada é aquela que pode ser realizada mantendo-se conversação, como uma caminhada de passo acelerado, com a percepção do aumento da frequência cardíaca e da frequência respiratória, sem impedir a possibilidade de diálogo com outra pessoa.

Em outras palavras, a atividade não deve ser fatigante, pois aí ela deixaria de ser moderada e passaria a ser intensa. Para prática de atividades moderadas, não há necessidade da realização de avaliação cardiorrespiratória de esforço para indivíduos iniciarem um programa de atividade física. A avaliação

médica e de esforço em indivíduos assintomáticos deve-se restringir apenas a pacientes com escore de Framingham alto ou aqueles que desejem desenvolver programas de exercícios estruturados ou atividades desportivas que exijam níveis de atividade física de alta intensidade.

Os pacientes hipertensos precisam de muita motivação para modificar seus hábitos de vida, bem como para melhorar a adesão ao tratamento medicamentoso. Tal motivação pode ser conquistada pela intervenção do profissional de saúde, não acha?

A educação do paciente e sua família é uma ferramenta importante para obtenção de melhores resultados de controle da doença e de qualidade de vida. Faz com que o paciente conheça mais sobre o processo saúde-doença e seja corresponsável pelo seu tratamento. Isso tudo é possível se você, profissional de saúde, adotar estas ações:

- Estabelecer metas e prazos de controle;
- Estimular a corresponsabilidade ou “empoderamento” do paciente e família no processo saúde-doença;
- Orientar sobre as mudanças do estilo de vida e esquema medicamentoso;
- Prevenir quanto à apresentação assintomática da HAS e as consequências de não tratá-la;
- Enfatizar os benefícios e efeitos da medicação e a importância do acompanhamento.

Falamos até agora de risco global de HAS, mas, e o diabetes?

2.2 Diabetes Mellitus

O diabetes mellitus é uma patologia muito frequente na prática ambulatorial, que atinge até 10% da população adulta. A maioria dos pacientes apresenta a forma mais comum, a do tipo 2. O diabetes do tipo 1 é menos frequente e se apresenta comumente na infância. Uma outra apresentação do diabetes é a gestacional.

O diabetes é um grupo de doenças metabólicas caracterizadas por hiperglicemia e associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode resultar de defeitos de secreção e/ou ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, como destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros.

Considerando a elevada carga de morbimortalidade, a prevenção do diabetes e de suas complicações é hoje prioridade de saúde pública. Na atenção primária, ela pode ser efetuada por meio de: prevenção de fatores de risco para diabetes, como sedentarismo, obesidade e hábitos alimentares não saudáveis; identificação e tratamento de indivíduos de alto risco para diabetes (prevenção primária); identificação de casos não diagnosticados de diabetes para tratamento (prevenção secundária); e intensificação do controle de pacientes já diagnosticados, visando prevenir complicações agudas e crônicas (prevenção terciária).

O cuidado integral ao paciente com diabetes e sua família é um desafio para a equipe de saúde, especialmente para poder ajudar o paciente a mudar seu modo de viver, o que estará diretamente ligado à vida de seus familiares e amigos. Aos poucos, ele deverá aprender a gerenciar sua vida com diabetes em um processo que vise à qualidade de vida e autonomia.

A cronicidade de valores elevados de glicemia produz complicações vasculares e neurológicas que contribuem para que esta doença seja uma das principais causas de invalidez e morte.

Já ouvimos falar disso, não é mesmo?

Há duas formas atuais para classificar o diabetes, a classificação em tipos de diabetes (etiológica), definidos de acordo com defeitos ou processos específicos, e a classificação em estágios de desenvolvimento, incluindo os estágios pré-clínicos e clínicos, estes últimos referem-se a estágios avançados em que a insulina é necessária para controle ou sobrevivência.

2.2.1 Tipos de diabetes (classificação etiológica)

Os tipos de diabetes mais frequentes são o diabetes tipo 1, anteriormente conhecido como diabetes juvenil, que compreende cerca de 10% do total de casos, e o diabetes tipo 2, anteriormente conhecido como diabetes do adulto, que compreende cerca de 90% do total de casos. Outro tipo de diabetes encontrado com maior frequência e cuja etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes.

Diabetes tipo 1

O termo tipo 1 indica destruição da célula beta, que eventualmente leva ao estágio de deficiência absoluta de insulina e a administração desta é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte. A destruição das células beta é geralmente

causada por processo autoimune, que pode se detectado por autoanticorpos circulantes como antidescarboxilase do ácido glutâmico (anti-GAD), anti-ilhotas e anti-insulina; algumas vezes, está associado a outras doenças autoimunes, como a tireoidite de Hashimoto, a doença de Addison e a miastenia gravis. Em menor proporção, a causa da destruição das células beta é desconhecida (tipo 1 idiopático). O desenvolvimento do diabetes tipo 1 pode ocorrer de forma rápida e progressiva, principalmente em crianças e adolescentes (pico de incidência entre 10 e 14 anos), ou de forma lenta e progressiva, geralmente em adultos, (LADA, *latent autoimmune diabetes in adults*; doença autoimune latente em adultos). Esse último tipo de diabetes, embora se assemelhe clinicamente ao diabetes tipo 1 autoimune, muitas vezes é erroneamente classificado como tipo 2 pelo seu aparecimento tardio. Estima-se que 5-10% dos pacientes inicialmente considerados como tendo diabetes tipo 2 podem, de fato, ter LADA.

Diabetes tipo 2

O termo tipo 2 é usado para designar uma deficiência relativa de insulina. Neste caso, a administração de insulina, quando efetuada, não visa evitar cetoacidose, mas alcançar controle do quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito grave. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura. Em geral, mostram evidências de resistência à ação da insulina, e a incapacidade de compensar essa resistência demonstra o defeito na secreção de insulina. Em alguns indivíduos, no entanto, a ação da insulina é normal, e o defeito secretor mais intenso.

Diabetes gestacional

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-

parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos. Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda detectá-lo com os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez, considerando como diabetes gestacional valores referidos fora da gravidez como indicativos de diabetes ou de tolerância à glicose diminuída.

Cerca de 80% dos casos de diabetes tipo 2 podem ser atendidos predominantemente na atenção básica, enquanto que os casos de diabetes tipo 1 requerem maior colaboração com especialistas em função da complexidade de seu acompanhamento. Em ambos os casos, a coordenação do cuidado dentro e fora do sistema de saúde é responsabilidade da equipe de atenção básica.

E o rastreamento do diabetes tipo 2? Você sabia que cerca de 50% da população com diabetes não sabe que são portadores da doença, algumas vezes permanecendo não diagnosticados até que se manifestem sinais de complicações?

Por isso, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos que apresentem maior risco da doença, apesar de não haver ensaios clínicos que documentem o benefício resultante e a relação custo-efetividade ser questionável. Fatores indicativos de maior risco são listados a seguir:

- Idade >45 anos;
- Sobrepeso (Índice de Massa Corporal IMC >25);
- Obesidade central (cintura abdominal >102 cm para homens e >88 cm para mulheres, medida na altura das cristas ilíacas);
- Antecedente familiar (mãe ou pai) de diabetes;
- Hipertensão arterial (> 140/90 mmHg);
- Colesterol HDL 35 mg/dL e/ou triglicerídeos de 150 mg/dL;

- História de macrosomia ou diabetes gestacional;
- Diagnóstico prévio de síndrome de ovários policísticos;
- Doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

Indivíduos de alto risco requerem investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose. Alguns casos serão confirmados como portadores de diabetes, outros apresentarão alteração na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada), o que confere maior risco de desenvolver diabetes.

Para merecer avaliação laboratorial e colocar um paciente assintomático sob suspeita, alguns sugerem a presença de vários dos fatores de risco acima. Casos em que a investigação laboratorial for normal deverão ser investigados a cada 3-7 anos, dependendo do grau de suspeita clínica.

Hoje está provado que indivíduos em alto risco (com tolerância à glicose diminuída) podem prevenir, ou ao menos retardar, o aparecimento do diabetes tipo 2. Mudanças de estilo de vida reduziram 58% da incidência de diabetes em 3 anos. Essas mudanças visavam à discreta redução de peso (5-10% do peso), manutenção do peso perdido, aumento da ingestão de fibras, restrição energética moderada, restrição de gorduras, especialmente as saturadas, e aumento de atividade física regular. Intervenções farmacológicas, com administração de alguns medicamentos utilizados no tratamento do diabetes, como a metformina, também foram eficazes, reduzindo em 31% a incidência de diabetes em 3 anos. Esse efeito foi mais acentuado em pacientes com IMC > 35 kg/m². Casos com alto risco de desenvolver diabetes, incluindo mulheres que tiveram diabetes gestacional, devem fazer investigação laboratorial periódica para avaliar sua regulação glicêmica. A caracterização do risco é feita de modo semelhante àquela feita para suspeita de diabetes assintomático discutida anteriormente.

Quadro 1 - Sintomas e complicações que levam ao diagnóstico do diabetes

Sintomas clássicos	Outros sintomas/ suspeita clínica	Complicações crônicas/ diagnóstico
Poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”)	Fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição	Neuropatia, Retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica

Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, então a suspeita clínica ocorre a partir de fatores de risco para o diabetes.

2.2.2 Exames laboratoriais para o diagnóstico de diabetes e de regulação glicêmica alterada

Resumidamente, os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica alterada são:

- Glicemia de jejum: nível de glicose sanguínea após um jejum de 8 a 12 horas;
- Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75g): o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão;
- Glicemia casual: tomada sem padronização do tempo desde a última refeição.

Pessoas cuja glicemia de jejum situa-se entre 110 e 125 mg/dL (glicemia de jejum alterada), por apresentarem alta probabilidade de ter diabetes, podem requerer avaliação por TTG-75g em 2h. Mesmo quando a glicemia de jejum for normal (< 110 mg/dL), pacientes com alto risco para diabetes ou doença cardiovascular podem merecer avaliação por TTG.

Quando os níveis glicêmicos de um indivíduo estão acima dos parâmetros considerados “normais”, mas não estão suficientemente elevados para caracterizar um diagnóstico de diabetes, os indivíduos são classificados como portadores de “hiperglicemia intermediária”. Quando a glicemia de jejum estiver entre 110-125 mg/dL, a classificação será de glicemia de jejum alterada; quando a glicemia de 2h no TTG-75g estiver entre 140-199 mg/ dL, a classificação será de tolerância à glicose diminuída. Indivíduos com hiperglicemia intermediária apresentam alto risco para o desenvolvimento do diabetes, fazendo parte da chamada síndrome metabólica, conjunto de fatores de risco para diabetes e doença cardiovascular.



VAMOS REFLETIR!

A esta altura, você deve estar se perguntando: como atuar? Detecção, prevenção ou acompanhamento? O que você acha?

Para ajudar nessa reflexão o Ministério da Saúde aponta algumas orientações para as equipes de atenção básica:

- Oferecer cuidado a todos os pacientes, com sensibilidade para aspectos culturais e desejos pessoais, na visão de cuidado integral centrado na pessoa;
- Encorajar relação colaborativa paciente-equipe, com participação ativa do paciente na consulta, criando oportunidades para que este expresse suas dúvidas e preocupações;
- Respeitar o papel central que o paciente tem no seu próprio cuidado, reconhecendo os aspectos familiares, econômicos, sociais e culturais que podem prejudicar ou facilitar o cuidado;
- Assegurar-se de que conteúdos-chave para seu

autocuidado tenham sido abordados;

- Avaliar periodicamente o estado psicológico dos pacientes e sua sensação de bem-estar, levando em consideração a carga de portar uma doença crônica, com respeito às crenças e atitudes dos pacientes;
- Explicitar os objetivos e abordar as implicações de um tratamento longo e continuado;
- Negociar com o paciente um plano individualizado de cuidado, revisando-o periodicamente e mudando-o de acordo com as circunstâncias, condições de saúde e desejos do paciente;
- Discutir e explicar o plano de cuidado do paciente com os seus familiares, com a concordância prévia do mesmo;
- Incentivar e promover atividades multidisciplinares de educação em saúde para pacientes e seus familiares, em grupos ou individualmente, levando em consideração aspectos culturais e psicossociais, com ênfase no empoderamento e na autonomia do paciente para seu autocuidado. Lembrar que educar não é só informar;
- Estimular os pacientes a se organizarem em grupos de ajuda mútua, como, por exemplo, grupos de caminhada, trocas de receitas, técnicas de autocuidado, entre outros;
- Envolver os pacientes nas discussões sobre planejamento de ações dirigidas ao diabetes, na unidade, aumentando a autonomia e o poder dos pacientes sobre suas próprias condições. Não esquecer que o “especialista” em diabetes para cada paciente é o próprio paciente;
- Promover a educação profissional permanente sobre diabetes na equipe de saúde a fim de estimular e qualificar o cuidado;
- Definir, dentro da equipe de saúde, formas de assegurar a continuidade do cuidado e orientar os pacientes sobre

- a forma de prestação desse cuidado continuado;
- Agendar as revisões necessárias e fazer a busca ativa dos faltosos. Providenciar, se possível, contato telefônico ou visitas domiciliares por membros da equipe entre as consultas agendadas;
 - Cadastrar todos os pacientes a fim de favorecer ações de vigilância e busca de faltosos;
 - Possibilitar pronto acesso ao serviço no caso de intercorrências;
 - Usar os dados dos cadastros e das consultas de revisão dos pacientes para avaliar a qualidade do cuidado prestado em sua unidade e para planejar ou reformular as ações em saúde (p.ex., proporção de pacientes diabéticos que realizam hemoglobina glicada (A1C) pelo menos 2 vezes/ano).

Para fortalecer o conteúdo de nossa abordagem, vamos retomar a mudança de estilo de vida. Nas consultas de enfermagem, nas atividades coletivas e a cada contato com o paciente temos a oportunidade de estimulá-lo a preocupar-se com sua saúde e qualidade de vida. Certo?

As causas modificáveis do diabetes tipo 2 são alimentação inadequada (qualidade e quantidade) e inatividade física. Portanto, não é de surpreender que mudanças positivas no estilo de vida, quando realizadas, sejam tão efetivas na prevenção e controle do diabetes tipo 2. A seguir são descritos os aspectos principais das orientações a serem dadas aos pacientes sobre alimentação e atividade física.

2.2.3 Alimentação

A terapia nutricional é parte fundamental do plano terapêutico do diabetes, podendo reduzir a hemoglobina glicada entre 1-2%. Baseia-se nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável, quais sejam:

- A quantidade energética ingerida deve ser adequada à atividade física e ser fracionada em 5 a 6 refeições/lanches diários;
- A ingestão diária deve conter de 50 a 60% de carboidratos, a maior parte em forma complexa. Para tanto, os pacientes devem ser encorajados a comer alimentos ricos em fibras, como frutas, verduras, legumes, feijões e cereais integrais;
- A ingestão diária deve conter no máximo 30% de gorduras, sendo não mais de um terço sob a forma de ácidos graxos saturados; não exceder a 300 mg/dia de colesterol;
- Alimentos que contêm sacarose (açúcar comum) devem ser evitados para prevenir oscilações acentuadas da glicemia. Quando consumidos, o limite é de 20 a 30g por dia de açúcar de forma fracionada e substituindo outro carboidrato para evitar o aumento calórico. A recomendação não é encorajar o consumo de doces, mas advertir que, ao ingerir esses alimentos, fazê-lo de modo comedido para que não se prejudique;
- A ingestão de álcool deve ser moderada e de preferência junto com as refeições. O limite diário é de uma a duas doses, isto é, 10-20g de álcool/dia. Um copo (90ml) de vinho contém 1,1 dose, uma lata de cerveja (350ml), 1,7 dose, e uma dose (35ml) de destilados, 2 doses de álcool. Pacientes com hipertrigliceridemia ou mau controle metabólico não devem ingerir bebidas alcoólicas;

- O uso moderado de adoçantes não calóricos (ciclamate, sucralose, sacarina, aspartame, acesulfame, e stévia) é seguro quando consumido em quantidades adequadas;
- Os alimentos dietéticos podem ser recomendados, mas é preciso ficar atento sobre seu conteúdo calórico e de nutrientes quando destinados a indivíduos diabéticos. Alimentos diet são isentos de sacarose, mas podem ter valor calórico elevado por seu teor de gorduras ou outros componentes. Alimentos light são de valor calórico reduzido em relação aos alimentos convencionais. Os refrigerantes e as gelatinas dietéticas têm valor calórico próximo de zero e podem ser consumidos. Por outro lado, chocolate, sorvete, alimentos com glúten (pão, macarrão, biscoitos), mesmo quando diet, são calóricos e seu uso não deve ser encorajado. Adoçantes calóricos como a frutose (p.ex., o mel) devem ser usados com restrição, respeitando as limitações indicadas na orientação dietética.

Cerca de 80% dos pacientes recém-diagnosticados são obesos. Para esses, as medidas para o controle de peso adquirem uma importância ainda maior. Alguns aspectos merecem destaque:

- A perda de peso é recomendada para todos os pacientes com sobrepeso ou obesidade;
- A abordagem primária para alcançar a perda de peso requer mudanças de estilo de vida, incluindo não apenas a redução da ingestão calórica, mas também o aumento da atividade física. É importante salientar que perdas modestas de peso, da ordem de 5% a 10%, trazem benefícios metabólicos significativos;
- A dieta deverá apresentar redução de 500kcal a 1.000kcal do valor energético diário previsto, permitindo perdas ponderais de 0,5kg a 1kg por semana. Para a maioria

dos pacientes, a perda de peso pode ser alcançada com uma dieta com 1.000-1200kcal/dia (mulheres) e 1.200-1.600kcal/dia (homens). Para dietas específicas e controle calórico, pode-se encaminhar o paciente para um profissional de nutrição nos núcleos de apoio da ESF (as orientações básicas são comuns a todos os profissionais da Atenção Primária).

- Pacientes que não conseguem emagrecer podem estar precisando de maior suporte emocional ou orientação nutricional mais individualizada para vencer o desafio da mudança de estilo de vida. Pacientes que utilizam insulina devem procurar manter seu padrão alimentar mais ou menos constante a cada dia, incluindo o valor energético total, a quantidade de carboidratos e a distribuição nas diferentes refeições.

2.2.4 Atividade Física

A prática regular de atividade física é indicada a todos os pacientes com diabetes, pois melhora o controle metabólico, reduz a necessidade de hipoglicemiantes, ajuda a promover o emagrecimento nos pacientes obesos, diminui os riscos de doença cardiovascular e melhora a qualidade de vida. Assim, a promoção da atividade física é considerada prioritária.

E a prática de exercícios físicos? Lembre-se de que não basta apenas fazer a sua recomendação. É preciso que os membros da equipe de saúde conheçam em seu território onde estão disponíveis espaços apropriados à prática dos exercícios recomendados e quais são, na indisponibilidade desses locais, as alternativas para a sua substituição.

Seção 3 - CADASTRAMENTO E ACOMPANHAMENTO DE PACIENTES COM DOENÇAS INFECCIOSAS

Nesta seção vamos abordar a questão das doenças infecciosas, principalmente a tuberculose e a hanseníase, definidas como áreas estratégicas de atuação da Política de Atenção Básica -PNAB. Há muito a ser feito visando à operacionalização da PNAB no sentido de eliminar a hanseníase e controlar a tuberculose, uma vez que os pacientes devem ser rastreados, captados, cadastrados e acompanhados.

3.1 Tuberculose

Com referência à tuberculose, devemos nos preocupar muito com o tratamento preconizado, por ser este de média duração e exigir que os pacientes tomem regularmente sua medicação diária. Veja que não basta unicamente realizar a consulta, fazer o diagnóstico e fornecer a medicação. O sucesso do tratamento dependerá de como o doente segue à risca o que lhe foi recomendado. Mais uma vez fica evidente a necessidade de apoio familiar.

Quanto ao acompanhamento dos casos nas dependências da unidade de saúde da família, é preciso garantir consultas agendadas mensalmente e, se houver falta por parte do paciente, o agente comunitário de saúde deve realizar a visita domiciliar para saber as razões de sua ausência e providenciar nova consulta. A interrupção ao tratamento pode complicar ainda mais o processo de cura, porque tratamentos inadequados acabam por permitir o aparecimento de cepas resistentes a drogas usuais. Outro fator importante é não esquecer os comunicantes, que também devem ser examinados e acompanhados.



VAMOS SABER MAIS!

O MS atualizou o Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil. Visite o site www.saude.gov.br/secretaria de vigilância em saúde e confira.

Conheça também o Tratamento Diretamente Observado (TDO) da Tuberculose na Atenção Básica: Protocolo de Enfermagem

Vamos revisar alguns pontos importantes!

Segundo a Organização Mundial da Saúde, a tuberculose (TB) “é uma doença antiga, mas não é passado” (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Essa afirmação alerta para a grave situação global da tuberculose, enfermidade reemergente desde 1993 e que é hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos. Outro fato importante a ser lembrado é que esse sério problema da saúde pública está profundamente ligado à precariedade das condições de vida, à pobreza e ao estigma social, fatores que prejudicam a adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes ao tratamento. Além disso, a situação da doença vem se agravando no mundo com a epidemia de AIDS, que propiciou o surgimento de focos de tuberculose multirresistente, e esta se complica quando se alia a drogadições (especialmente o alcoolismo). Verificam-se, em nosso país, cerca de 6 mil óbitos por ano em decorrência da doença. As metas internacionais e pactuadas pelo governo brasileiro são de efetivo controle da tuberculose no país (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010). Dentre elas, atingir o índice de 85% de cura é prioridade, e isso inclui a redução das taxas de abandono de tratamento, impedindo o surgimento de bacilos resistentes.

Para promover o acesso universal da população às ações assistenciais, foi instituído o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), de caráter unificado (esferas federal, estadual e municipal), que desenvolve ações preventivas e de

controle do agravo, além de garantir a distribuição gratuita de medicamentos e insumos.

Você deve se recordar dos cinco elementos que compõem a estratégia recomendada pela OMS: vontade política, garantia da baciloscopia, aquisição e distribuição regular de medicamentos, tratamento diretamente observado (TDO) e sistema de informação. Considerando esses cinco pilares, já fica fácil dimensionar a importância da Atenção Primária e da Estratégia da Saúde da Família para o sucesso de tais metas.

Características, diagnóstico, sintomas, transmissão e tratamento da tuberculose

- a) seu agente etiológico é o *Mycobacterium Tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK);
- b) outras espécies de microbactérias podem produzir quadro clínico semelhante ao da tuberculose, o que exige a realização da cultura nos laboratórios de referência para efetuar o diagnóstico diferencial (especialmente para pneumonias, micoses pulmonares, como paracoccidiodomicose ou histoplasmose, sarcoidose e carcinoma brônquico);
- c) embora na maioria dos casos de tuberculose as lesões se localizem nos pulmões, elas também podem ocorrer em diversos locais do organismo, como nos gânglios, rins, ossos ou meninges;
- d) o diagnóstico é mais comumente feito por exame bacterioscópico (baciloscopia e cultura), mas também por método radiológico, prova tuberculínica ou anátomo-patológico (histológico e citológico);
- e) o homem é o principal reservatório (não único) e, geralmente, a fonte de infecção é o indivíduo com a forma pulmonar da doença (bacilífero), com maior facilidade de eliminar bacilos para o exterior (uma pessoa pode infectar, em um ano, de 10 a 15 pessoas

- na comunidade);
- f) a transmissão é direta, de pessoa a pessoa, principalmente através do ar, e o período de incubação é de, em média, 4 a 12 semanas até a descoberta das primeiras lesões. No entanto, é comum que novos casos de doença pulmonar só sejam descobertos após um ano da infecção inicial;
 - g) a doença pode não apresentar indícios ou sintomas simples e, por isso, pode ser facilmente ignorada por meses ou anos;
 - h) a tosse seca contínua que evolui para a presença de secreção, por 3 semanas ou mais, na maioria das vezes chegando à tosse com pus ou sangue, é um de seus sintomas;
 - i) outros dos seus sintomas podem ser: cansaço excessivo, febre baixa (comumente à tarde), sudorese noturna, falta de apetite, palidez, emagrecimento acentuado, rouquidão, fraqueza e prostração;
 - j) a dor torácica e a dispneia ocorrem em casos graves, com aumento da hemoptise e alterações da pleura;
 - k) o período de transmissibilidade permanece enquanto o doente estiver eliminando bacilos, sem o início do esquema terapêutico;
 - l) o tratamento ambulatorial reduz gradativamente a transmissão após dias ou semanas e elimina todos os bacilos tuberculosos por meio de uma associação medicamentosa adequada em doses e tempo (geralmente 6 meses), o que exige supervisão pelo serviço de saúde (domiciliar, na unidade ou no trabalho). As drogas usadas são a isoniazida - H, rifampicina - R, pirazinamida - Z (tratamento básico - RHZ), estreptomicina - S, etambutol - E e etionamida - Et.;

m) a hospitalização só está indicada em situações de graves intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas, como complicações, intolerâncias medicamentosas ou estado geral que implique sérios riscos.

Para que se possa chegar à quebra da cadeia de transmissão da TB, são necessárias ações articuladas e diferentes profissionais. Por exemplo, as Unidades Básicas e de Saúde da Família, mesmo dispondo de unidade de referência de média complexidade, precisam contar com profissionais capacitados em ações de controle da tuberculose, como busca e detecção precoce de casos, tratamento eficiente e supervisionado. De acordo com informações do Ministério da Saúde, o tratamento dessa doença infecciosa deve ser descentralizado, realizado na unidade sob supervisão direta. Como a adesão do paciente ao tratamento depende, entre outras coisas, do seu conhecimento sobre a doença, a enfermagem deve esclarecer o paciente sobre a duração do tratamento prescrito, importância da regularidade no uso das drogas e as consequências advindas da interrupção ou abandono deste tratamento.

3.2 Hanseníase

Hanseníase é um relevante problema de saúde pública de notificação compulsória em todo o território nacional. Para o controle da doença, o Ministério da Saúde (MS) desenvolve um conjunto de ações que visam orientar a prática de acordo com os princípios do SUS. Essas ações estão pautadas na assistência aos doentes de hanseníase, suas sequelas e complicações e são oferecidas em todos os níveis de complexidade, conforme a necessidade de cada caso.

A integração das atividades de prevenção, a reabilitação nos serviços prestadores de outros agravos e a total atenção às atitudes discriminatórias são os desafios que nos esperam.

A hanseníase, como dissemos, é doença infectocontagiosa, causada por uma bactéria chamada *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen). Não é hereditária e sua instalação depende do estado imunológico da pessoa acometida. Tem diversas manifestações clínicas e apresenta-se por sinais e sintomas dermatoneurológicos.

O diagnóstico precoce, antes que se instalem as incapacidades, é importante para a cura da pessoa sem sequelas. Outra questão relevante é o tratamento, que deve ser iniciado rapidamente, pois ele impede a eliminação dos bacilos e interrompe a cadeia epidemiológica da infecção.

O *Mycobacterium leprae* (bacilo de Hansen) é uma bactéria álcool-ácidoresistente, intracelular obrigatório, com afinidade por células cutâneas e nervos periféricos. O tempo de multiplicação do bacilo é lento, dura de 11 a 16 dias (em média). Ele tem alta infectividade e baixa patogenicidade, ou seja, muitas pessoas são infectadas, mas poucas manifestam a doença.

Somente o ser humano transmite a hanseníase a outro ser humano. O contágio acontece por contato direto com a pessoa doente (na forma multibacilar) e não tratada. O doente elimina o bacilo para o meio exterior por meio de secreções nasais, gotículas pela fala, tosse e espirro. Assim, o aparelho respiratório superior caracteriza a porta de entrada no organismo de um indivíduo sadio e de saída no indivíduo doente.

É importante lembrar que apenas o doente não tratado é capaz de transmitir o bacilo, pois, com o tratamento, a pessoa deixa de eliminar os bacilos e interrompe a cadeia epidemiológica da infecção.

O período de incubação é longo, varia de 2 a 7 anos. Cerca de 5% das pessoas adoecem e alguns fatores facilitam a morbidade. Dentre esses fatores, destacamos alguns ligados à genética (que determina resistência ou suscetibilidade), níveis de endemia e condições socioeconômicas desfavoráveis (condições precárias de vida, saúde, aglomerado de pessoas vivendo em um mesmo local).

Além disso, as pessoas que apresentam resistência ao bacilo constituem-se em casos paucibacilares (PB), possuem um número pequeno de bacilos e não conseguem infectar outras pessoas. No entanto, um número menor de pessoas não apresenta resistência ao bacilo, que se multiplica no organismo e passa a ser eliminado pelo indivíduo para o meio exterior, podendo infectar outras pessoas - são os casos multibacilares (MB), os quais são responsáveis pela manutenção da cadeia epidemiológica da doença.

A hanseníase possui sinais e sintomas peculiares num conjunto de outros mais comuns. É por meio da interpretação destes que você saberá se o caso é ou não hanseníase.

De acordo com a Secretaria de Vigilância Sanitária, define-se como caso uma pessoa que apresenta uma ou mais das seguintes características e, portanto, requer quimioterapia:

- lesão(ões) e/ou área(s) de pele com alteração de sensibilidade;
- acometimento de nervo(s) periférico(s), com ou sem espessamento, associado a alterações sensitivas e/ou motoras e/ou autonômicas;
- baciloscopia positiva de esfregaço intradérmico.

O diagnóstico precoce é importante pelo risco de sequelas!



VAMOS SABER MAIS!

Para mais informações, acesse o Guia para controle da Hanseníase.

O atual tratamento para hanseníase é longo, deve ser supervisionado e feito pelo tratamento poliquimioterápico, conforme recomenda a OMS. O acompanhamento do cliente é realizado de 28 em 28 dias e você deve estar atento a neurites, evolução das lesões, estados reacionais e efeitos colaterais, além de intolerância às medicações. Esse é um momento importante também para realizar educação em saúde, orientando sobre o autocuidado com o corpo, sobretudo quanto à observação, para identificar sinais e sintomas e prevenir incapacidades.

Uma vez iniciado o tratamento poliquimioterápico (PQT), a transmissão da doença é interrompida e, se realizado até o fim, garante a cura da doença. Fazem parte do esquema básico da PQT os seguintes medicamentos (combinados): rifampicina, dapsona e clofazimina. O esquema é conhecido como esquema-padrão e a alta, por cura, é dada após término do número de doses preconizadas pelo Ministério da Saúde.



VAMOS SABER MAIS!

Para saber mais, leia a PORTARIA Nº 125/SVS-SAS, de 26 de MARÇO DE 2009, que define ações de controle da Hanseníase.

Seção 4 - SAÚDE DO HOMEM, TABAGISMO E SUAS CONSEQUÊNCIAS

Nesta seção vamos abordar alguns pontos da operacionalização do atendimento à população masculina e os que o enfermeiro deve considerar com atenção em sua abordagem. Também discutiremos o tabagismo e suas consequências como sendo a principal causa de morte evitável. Didaticamente esse assunto foi colocado nesta seção, mas, segundo o INCA, as mulheres estão aumentando os números em relação ao hábito tabágico, deixando de lado a “masculinização” desta abordagem aqui apresentada propositalmente para despertar nossa reflexão.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, explicita o reconhecimento de determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde. A mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios de tal política, que pretende politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania. (BRASIL, 2008).

Repensar estratégias de acolhimento, adequação da oferta de atividades que contemplem esta população é um grande desafio, já que o horário de atendimento normalmente é o mesmo da jornada de trabalho da maioria dos homens, o que inviabiliza a procura dos serviços ambulatoriais na rede

de Atenção Primária e, na maioria das vezes, impossibilita um acompanhamento sistemático.

Alguns pontos importantes a serem observados no atendimento do enfermeiro, além do que já foi abordado até aqui, dizem respeito à violência, diretamente ligada à mortalidade por causas externas, educação no trânsito, visando à redução de acidentes, alcoolismo, tabagismo, sexo seguro, doenças ocupacionais e estratificação de risco para doenças cardiovasculares e câncer de próstata.

4.1 O tabagismo e suas consequências

Outra preocupação com o nosso dia a dia de trabalho é com respeito ao tabagismo e suas consequências. Durante muitos anos do século XX, o tabagismo foi visto como uma opção por um estilo de vida. Mas em função de uma série de estudos científicos publicados, passou a ser reconhecido, mais ao final do século, como uma doença. Este vício é causado principalmente pela dependência de uma das 4.700 substâncias tóxicas que existem no tabaco, a nicotina. A dependência ao tabaco faz com que milhões de pessoas passem anos se expondo às referidas substâncias tóxicas e desenvolvam graves doenças incapacitantes e fatais, como o câncer, as doenças cardiovasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Por isso, o tabagismo é reconhecido hoje, em todo o mundo, como um grave problema de saúde pública e considerado pela OMS a maior causa evitável isolada de morbidade e mortalidade do mundo atual.

A partir de 1996, o Brasil iniciou, de maneira oficial, uma política para combater o tabagismo no país.

Para poder ajudar as pessoas a deixarem este vício, o governo tem que fazer, e vem fazendo, a sua parte, instituindo legislação específica de restrição à venda e hábito de fumar. A restrição de propaganda e de promoção de produtos do tabaco

e a inserção de advertências sanitárias nos produtos vendidos tentam reduzir estímulos sociais que induzem ao início do consumo.

Mas, e quanto àqueles que fumam? Como nós, profissionais de saúde, devemos agir?

No processo de educação em saúde, apenas o repasse de informações técnicas sobre determinado tema não tem conseguido bons resultados. Lembre-se de que o receptor da mensagem é um ser humano que se encontra exposto a fatores sociais que o induzem à adoção de determinados comportamentos.

Primeiro, necessitamos saber o que já temos como política de saúde dirigida a este tema. Depois devemos descobrir, divulgar e fornecer mecanismos que possam conscientizar e ajudar os dependentes a combaterem seu vício. O que não é nada fácil, pois a indústria do tabaco também faz a sua parte para conseguir mais consumidores. Esta luta pode se dar no forte lobby de seus representantes sobre nossos legisladores para atenuarem as medidas restritivas, ou na utilização de propaganda de forte apelo social, conquistando consumidores cada vez mais jovens.

O nosso papel na Atenção Primária à Saúde tem que ser dirigido não apenas aos dependentes, mas também aos futuros consumidores em potencial. E lembre-se de que, entre os fumantes, temos aqueles que também já possuem outros problemas de saúde e que podem ser agravados pela insistência em fumar. Os diabéticos que fumam ou que mascam tabaco, por exemplo, correm maior risco de ter graves complicações renais e apresentar distúrbios da retina de evolução mais rápida. Assim, os serviços de saúde devem aumentar o acesso dos fumantes aos serviços de apoio para deixar de fumar.

Trabalhar com grupos de tabagistas nas unidades tem-se mostrado uma boa estratégia, bem como o fornecimento da medicação específica para combater este vício. Não podemos

nos esquecer ainda de trabalhar com toda a família, uma vez que a rede de apoio também envolve os familiares e amigos no suporte ao estímulo para o dependente superar o vício. Em relação aos futuros consumidores, devemos sair da unidade de saúde e efetuar ações educativas em espaços sociais, sobretudo em escolas, atuando com crianças e adolescentes. A veiculação de informações precisa utilizar linguagem adequada e uso de materiais que possam mostrar diretamente os riscos e as consequências do tabagismo, medidas capazes de reduzir a aceitação social deste vício. (Reibnitz Júnior, Ramos, Freitas, 2010)

Como desafio, temos que conhecer a abordagem mínima antitabágica, aplicá-la a cada contato com o paciente e aprofundar nosso conhecimento neste assunto, para adequarmos a consulta de enfermagem, as orientações que realizamos todos os dias no atendimento dentro do programas já existentes e o uso da atividade coletiva como estratégias de enfrentamento desse problema.



VAMOS SABER MAIS!

Todas as informações, publicações, material didático, manuais e dados estatísticos estão disponíveis no INCA.www.inca.gov.br/tabagismo

Seção 5 - FERRAMENTAS ESTRATÉGICAS DE TRABALHO NA ESF

Nesta seção vamos abordar importantes ferramentas na execução do trabalho na ESF. Como a visita domiciliar, a consulta de enfermagem, as atividades coletivas e de sala de espera são um referencial de sistematização da assistência de enfermagem direcionado à saúde coletiva.

5.1 Visita domiciliar

A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde tem como objetivo ações de vigilância e assistência e promoção à saúde no domicílio. Trata-se, sem dúvida, de uma das principais ferramentas da Estratégia Saúde da Família e aproxima a equipe de saúde à família. Através dela, a equipe passa a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade e os recursos de que a família dispõe. Propicia a corresponsabilidade do indivíduo ou da família, tornando-o sujeito para decidir junto com a equipe sobre os problemas de saúde e agravos.

Todos os membros da equipe devem realizar atividade de visita domiciliar. O trabalho em equipe é fortalecido e a integralidade de atenção aos usuários é favorecida pela troca de informações e conhecimentos das competências de todas as disciplinas envolvidas (medicina, enfermagem, odontologia...).

Com enfoque na população adulta, as visitas podem ser efetuadas em diferentes situações: portadores de doenças crônicas com limitação física, egressos de hospital com condição incapacitante, usuários em fase terminal, portadores de doença mental com limitação de acesso à unidade, abordagem familiar, busca ativa de marcadores do SIAB ou de doenças de notificação compulsória. Apesar de ser uma ferramenta preciosa do trabalho em APS, a assistência domiciliar traz algumas reflexões acerca da ética desse procedimento: o cuidado deve ser determinado

pelo paciente, não pela patologia, grupo etário ou área de risco; deve-se obter consentimento da família para a realização da visita e respeitar a autonomia desta família com relação aos cuidados domiciliares.

Por meio do acompanhamento do usuário na casa deste, no âmbito de sua família, é possível vivenciar o ambiente, desenvolver a visão sistêmica e integral e, assim, planejar intervenções adequadas ao meio social e cultural.

Desse modo, a visita proporciona a vigilância, a promoção à saúde no domicílio, em uma área geográfica adscrita e dentro dos princípios do SUS. A enfermagem deve priorizar e organizar as visitas conforme a situação da comunidade, indicação do Agente Comunitário e recursos da equipe, de modo a dar cobertura a todos os indivíduos e famílias que, por algum agravo, situação permanente ou provisória, estejam incapacitados de buscar a atenção à saúde na unidade. (Reibnitz Júnior; Ramos; Freitas, 2010)

Todas as ações sugeridas devem ser avaliadas rotineiramente para proporcionar a retomada dos objetivos definidos no planejamento e análise do que foi alcançado. Muitas vezes a avaliação auxiliará na mudança das práticas ou no incremento de algumas ações já em execução. Assim, a avaliação deve ser adotada rotineiramente no processo de trabalho da ESF.

5.2 Consulta de enfermagem

A prática de Enfermagem em atenção primária representa uma das áreas de atuação do enfermeiro mais requerida na atual política de saúde no país, cuja principal intenção é promover e preservar a saúde da população, exigindo competência para tomar decisões, viabilizar intervenções compatíveis com os aspectos ético-legais, permitindo estabelecer a ligação entre o cuidado de enfermagem e indivíduo, família, outros grupos e seus contextos. Os cuidados de saúde primários fomentam o

autocuidado e o autocontrole em aspectos de bem-estar social e de saúde na vida diária. As pessoas são educadas para usar seus conhecimentos, atitudes e capacidades em atividades que visem melhorar a própria saúde, bem como a de sua família e da comunidade. Os resultados esperados da estratégia dos cuidados de saúde primários são a confiança e a competência nos planos individual, familiar e comunitário. (Costa, L.B. et al, 2007)

A consulta de enfermagem é uma das formas de direcionar as ações de enfermagem, sendo fundamentada na cientificidade e é por meio dela que se identificam os problemas no processo saúde-doença e se aplicam medidas que contribuem para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação das pessoas e famílias. Objetiva solucionar problemas e analisar condições das pessoas, especialmente as portadoras de doenças crônicas, pois acompanha os fatores de risco, promove o autocuidado e estabelece intervenções. Neste sentido, permite o acompanhamento da evolução do estado saúde-doença, visto que convive diretamente com o indivíduo e sua condição de cronicidade. (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2004, citado por Reibnitz Júnior; Ramos; Freitas, 2010)

Sistematicamente a consulta de enfermagem é atividade privativa do enfermeiro e é constituída de etapas (Álvaro-Lefreve, 2000). Vamos revisá-las:

Histórico de enfermagem - constituído por entrevista e exame físico. A entrevista investiga a situação de saúde do cliente ou comunidade, identifica problemas e necessidades passíveis de serem abordados nas intervenções de enfermagem. O exame físico consiste na inspeção, palpação, percussão e ausculta. Está atrelado ao conhecimento teórico e habilidades técnicas apropriadas.

Diagnóstico de enfermagem - o enfermeiro analisa os dados coletados e avalia o estado de saúde do cliente ou comunidade através da identificação de problemas de saúde

reais ou potencias que são passíveis de resolução por meio de atividades de enfermagem. As taxonomias norteiam esta sistematização e devem ser adequadas à realidade de trabalho (ex.: NANDA, CIPE, CIPESC).

Planejamento - é a determinação global da assistência de enfermagem que o cliente deve receber diante do diagnóstico de enfermagem estabelecido. É o resultado da análise do diagnóstico, examinando as alterações, necessidades afetadas e o grau de dependência. Constitui as intervenções, a prescrição de enfermagem e a concretização do plano assistencial pelo roteiro aprazado que coordena a ação da equipe de enfermagem.

Avaliação - é a evolução de enfermagem. É o relato aprazado das mudanças sucessivas que ocorrem no cliente enquanto está sob assistência profissional.

5.3 Atividades de Grupo Para a População adulta

Um grande número da população adulta é portador de alguma doença crônica. O grupo é uma estratégia de acompanhamento destes usuários. Ele propicia espaço para a troca de experiências entre profissionais-usuários e usuários-usuários, educação em saúde e criação de rede de apoio dentro da comunidade. Ademais, estimula os usuários a serem ativos nas mudanças de sua condição de saúde. Dentre os grupos destinados à população adulta, apresentamos algumas sugestões: Grupos de Promoção à Saúde para portadores de HAS e DM, Grupo de Atividade Física, Grupo de Saúde Mental, Grupo de Trabalhos Manuais, Grupo de Tabagismo e Grupo de Reabilitação.

Em toda atividade de grupo, é importante o planejamento. Um planejamento mínimo é essencial para o bom andamento de um grupo, no sentido de alcançar os objetivos e obter melhor aproveitamento do tempo. Existe uma grande variedade de opções para trabalhar determinado conteúdo nas atividades de

grupo, dependendo do objetivo, da faixa etária, do interesse do profissional de saúde, das características da comunidade, da criatividade e da opção metodológica da equipe. Sugerimos a pedagogia problematizadora, em que o educador busca construir o conhecimento a partir da realidade do educando, trabalhando com base nos conhecimentos pré-adquiridos. Busca soluções em conjunto, de forma a constituir um educando ativo, crítico, com liberdade para expressar suas percepções e opiniões, numa relação com menos hierarquização. Paulo Freire, que é um educador muito valorizado internacionalmente, é considerado o “pai” da pedagogia problematizadora.

O tamanho do grupo depende dos seus objetivos. Grupos terapêuticos, por exemplo, não devem ter mais que 15 participantes para facilitar o processo, já os grupos de atividade física podem ser maiores.

Convém ressaltar que o profissional de saúde não é apenas um mero participante, está no grupo com um papel definido, com a responsabilidade de utilizar seus conhecimentos para contribuir de alguma forma com a melhoria da saúde dos componentes desse grupo. Durante o planejamento, é bom que já se defina quem será o coordenador e o relator. Isso evita que, na hora do andamento das atividades, os profissionais de saúde fiquem “competindo” pela coordenação ou que cada um “puxe” o grupo para direções diferentes (Reibnitz Júnior; Ramos; Freitas, 2010).

5.4 Atividades de Sala de Espera

A sala de espera é território muitas vezes pouco utilizado pelos profissionais de saúde. É um espaço que possibilita práticas pontuais de educação em saúde e troca de informações. Os profissionais de saúde podem utilizá-la para esclarecimentos sobre o fluxo de atendimento na unidade, atividades de educação em saúde, exibição de vídeos e até atividades lúdicas.

CIPESC

O projeto da Classificação Internacional da Prática de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC -, que foi a contribuição brasileira para incorporar a noção do coletivo na Classificação Internacional da Prática de Enfermagem- CIPE, considera a complexidade do campo de atuação em saúde coletiva, permeando a atenção ao indivíduo, à família e a comunidade.

Com o objetivo de ajudar a sistematizar o cuidado e uniformizar terminologias usadas pela profissão, a CIPESC pode ser considerada como instrumento do processo de trabalho assistencial do enfermeiro, mas não é apenas isso. Possibilita também visualizar as estruturas maiores que organizam o trabalho da enfermagem, as quais, ao mesmo tempo, podem se tornar um poderoso instrumento potencializador da avaliação processual dos resultados, benefícios e impactos da ação da enfermagem. Assim vista, a CIPESC é um potente instrumento de trabalho do enfermeiro em saúde coletiva, tanto do ponto de vista assistencial, quanto de gerência e de investigação. (Cubas MR; Egry EY, 2008)

Sabemos que ainda precisamos avançar muito na sistematização da assistência de enfermagem, e o conhecimento dos diferentes sistemas de classificação e taxonomias disponíveis pode colaborar para obtermos uma classificação que atenda às necessidades de trabalho nos diferentes campos de atuação do enfermeiro, como é o caso da CIPESC.

REFERÊNCIAS

ALFARO-LEFREVE, R. Aplicação do processo de enfermagem: um guia passo a passo. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas Sul, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes. Brasília, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso.** 5. ed. Brasília/DF: 2005.

_____. **Guia para o Controle da Hanseníase.** Brasília/DF: 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Manual técnico para o controle da tuberculose.** Brasília. DF, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Nota técnica sobre as mudanças no tratamento da tuberculose no Brasil para adultos e adolescentes.** Brasília. DF, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Controle da Tuberculose. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=28055>. Acesso em: 12 mar. 2011

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Diabetes Mellitus/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2009

COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 12, 2007. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/cienciaesaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2467>. Acesso em: 19 mar. 2011.

COSTA, L. B. et al. **Aplicação de estruturas conceituais na consulta de enfermagem à família.** *Esc. Anna Nery* [online]. 2007, vol.11, n.3, pp. 515-9.

CUBAS, Marcia Regina; EGRY, Emiko Yoshikawa. Classificação Internacional de Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC®. *Rev. esc. enferm. USP*, São Paulo, v. 42, n. 1, mar. 2008. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342008000100024&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 31 mar. 2011. doi: 10.1590/S0080-62342008000100024.

SANTOS, Patrícia Tavares dos; BERTOLOZZI, Maria Rita; HINO, Paula. Necessidades de saúde na atenção primária: percepção de profissionais que atuam na educação permanente. *Acta paul. enferm.*, São Paulo, v. 23, n. 6, 2010 . Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000600012&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 30 mar. 2011. doi: 10.1590/S0103-21002010000600012

Saúde do adulto: enfermagem [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos et al. - Florianópolis, 2010.

TEIXEIRA, Elizabeth. Práticas educativas em grupo com uma tecnologia socioeducativa: vivências na Ilha de Caratateua, Belém. Esc. Anna Nery [online]. 2007, vol.11, n.1, pp. 155-159.

CAPÍTULO 5

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE DO IDOSO

Caro especializando,

Buscamos, neste capítulo, proporcionar uma compreensão adequada sobre as formas de abordagem à pessoa idosa, compreendendo que o envelhecimento é um processo benigno e não patológico.

Ao longo do curso, você já refletiu e entendeu que o cuidado comunitário do idoso deve estar centrado na família. E um dos desafios do profissional enfermeiro é diferenciar as limitações fisiológicas normais e gradativas do envelhecimento das características patológicas do processo de envelhecer.

O capítulo apresentado deverá proporcionar a você uma atualização dos conhecimentos e das habilidades que possibilitem a tomada de decisões adequadas à saúde dos idosos sob sua responsabilidade.

O enfermeiro deve visar a ações de promoção da saúde que ajudem a manter a independência e o envelhecimento mais saudável, melhorando, assim, a qualidade de vida dessa população.

Diante disso, esperamos que, ao final deste capítulo, você consiga:

Avaliar as condições de vida e saúde, ou seja, seus hábitos alimentares, lazer, relações familiares, alterações fisiológicas.

Realizar investigação das doenças no nível individual e coletivo.

Realizar intervenções adequadas à saúde dos idosos sob sua responsabilidade.

O valor das coisas não está no tempo em que elas duram, mas na intensidade com que acontecem. Por isso existem momentos inesquecíveis, coisas inexplicáveis e pessoas incomparáveis. (Fernando Pessoa)

Seção 1 - BREVE HISTÓRICO

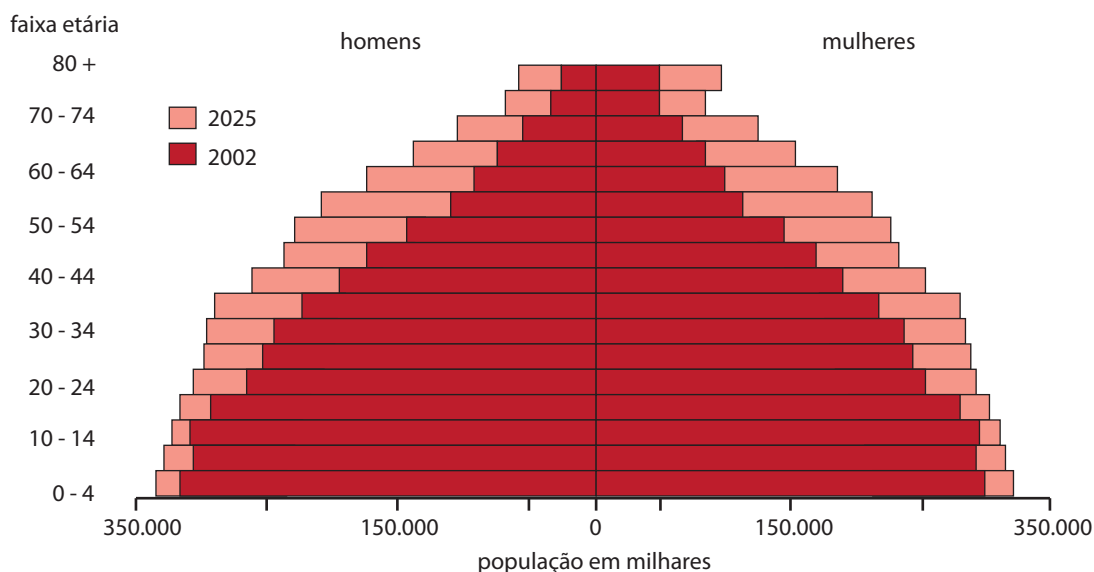
Vamos iniciar nossos estudos sobre saúde do idoso, questionando sobre problemas encontrados no nosso dia a dia. Quem de vocês tem problemas para administrar as demandas de saúde dos idosos na sua área de abrangência? Por que estamos com uma grande quantidade de idosos dentro da nossa unidade? Como fazer para aderir ao tratamento, sem fugir do que foi prescrito? O que fazer com as automedicações e os remédios caseiros? Quantos idosos vêm sofrendo quedas na sua área? Eles estão sofrendo úlceras de pressão? Eles ficam confusos e agitados? Os filhos estão sobrecarregados e você desconfia de que eles estejam maltratando o idoso? Como sua equipe lida com esta situação? Vocês precisam de ajuda?

O problema é que o impacto do envelhecimento populacional sobre o sistema de saúde no Brasil ainda nem começou. Pois é! A proporção de idosos irá triplicar nos próximos 40 anos. Até 2025, segundo a OMS, o Brasil será o 6º país do mundo em número de idosos. O aumento da expectativa média de vida também vem aumentando acentuadamente, no entanto precisa ser acompanhado pela melhoria ou manutenção da saúde e qualidade de vida dos idosos.

Sabemos que uma população está envelhecendo quando ocorre uma redução no número de crianças e jovens e um aumento na proporção de pessoas com 60 anos ou mais. Conforme a população envelhece, a pirâmide populacional triangular de 2002 será substituída por uma estrutura mais semelhante a um barril em 2025.

Mas, se hoje as famílias estão tendo poucos filhos, quem é que irá cuidar destes idosos no futuro? Quem?

Figura 1 - Pirâmide da população Mundial em 2002 e em 2025



Fonte: Nações Unidas, 2001

O Brasil está passando por uma rápida transição em seu perfil de saúde, com predominância das enfermidades crônicas não transmissíveis e com um crescimento no peso de diversos fatores de risco para a saúde. Tais mudanças requerem ações preventivas, curativas, de reabilitação e de promoção da saúde.

As doenças infecto-contagiosas eram, em 1950, responsáveis por 40% das mortes ocorridas no país, índice que hoje não chega a 10%. Movimento oposto se verificou com as doenças cardiovasculares, estas, atualmente, ocasionam mais de 30% das mortes no Brasil. Dessa maneira, passamos, em menos de 40 anos, de um perfil de mortalidade predominantemente materno-infantil para outro, de doenças mais complexas, típicas da idade avançada.

No Brasil, como em outros países do terceiro mundo, há informação insuficiente sobre a população de idosos e suas condições de saúde, embora tais dados sejam indispensáveis para o planejamento de ações sociais e de saúde. Com a vigência do Sistema Único de Saúde (SUS), os idosos passaram a utilizar

mais intensamente os serviços de saúde, os quais, de forma geral, não estão preparados para ações que levem em conta as especificidades dessa população, ocasionando problemas para o atendimento e planejamento de ações de saúde voltadas às reais necessidades por eles vivenciadas.

Considerando a necessidade de que o setor de saúde disponha de uma política relacionada com a saúde do idoso, foi criada, em dezembro de 1999, a Política Nacional de Saúde do Idoso, tendo como propósito basilar a promoção do envelhecimento saudável, a manutenção e a melhoria de sua capacidade funcional, a prevenção de doenças, a recuperação da saúde dos que adoecem e a reabilitação daqueles que venham a ter sua capacidade funcional restringida, de modo a garantir-lhes a permanência no meio em que vivem, permitindo-lhes exercer de forma independente suas funções na sociedade.

Todas as ações em saúde do idoso, como previsto nessa política, visam mantê-lo ao **máximo na comunidade, junto a sua família, da forma mais digna e confortável possível**. Seu deslocamento para um serviço de longa permanência, como asilo, casa de repouso ou similar, pode ser considerado uma alternativa somente quando falharem todos os esforços anteriores (BRASIL, 2002).

Em 1º de outubro de 2003, o Congresso Nacional decretou e sancionou o Estatuto do Idoso, com leis que são indispensáveis ao exercício da cidadania plena, com o propósito de regular os direitos assegurados a pessoas idosas. Passam elas, assim, a contar com todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata esse estatuto, assegurando-se a essa população, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades para a preservação de sua saúde física e mental e de seu aperfeiçoamento moral, intelectual, espiritual e social, em condições de liberdade e dignidade (BRASIL, 2003).

O Estatuto do Idoso versa também sobre as obrigações da família, da sociedade e do poder público em assegurar à pessoa idosa o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, à cultura, ao esporte, ao lazer, ao trabalho, à cidadania, à liberdade, à dignidade, ao respeito e à convivência familiar e comunitária (BRASIL, 2003).

A maioria dos idosos vive em seu próprio núcleo familiar, com o cônjuge e filhos. Enquanto o cônjuge está vivo, a estrutura familiar se mantém. Quando a mulher fica viúva, tende a permanecer no lar que servia de morada ao casal, embora uma minoria passe a morar com os filhos. Já o homem, quando fica só, passa a morar com os filhos ou acaba residindo em uma instituição.

Um componente essencial da vida do idoso é sua relação com a família e com a comunidade. De fato, à medida que a idade avança, a família converte-se no centro principal de suas relações, proporcionando tanto ajuda e cuidados como companhia. A família, então, torna-se o ponto de referência de sua estrutura social. A maioria dos idosos mantém uma forte união com seus familiares: os casados e viúvos mantêm maior contato com os filhos e netos; os solteiros e separados, com irmãos, sobrinhos e primos.

O idoso relaciona esse período da vida a constantes perdas. Ele se confronta com modificações específicas em seu papel social, tais como o fim da vida reprodutiva e do cuidado dos filhos, no caso das mulheres, e o fim da vida profissional, para os homens. O término da atividade profissional é um evento marcante na vida de muitos idosos, uma vez que a participação direta na vida econômica possibilita a satisfação de diversas necessidades psicológicas e sociais, além do provimento de bens materiais. Para alguns, a aposentadoria pode ser vivenciada como um descanso merecido; já para outros, principalmente os que viveram para o trabalho, a aposentadoria pode vir acompanhada de uma queda na autoestima e uma sensação de

vazio. Após um período de dificuldades, porém, a maioria dos aposentados se adapta adequadamente à nova situação.

A pessoa idosa, com o passar dos anos, se depara com a morte de muitos amigos e familiares. A morte do cônjuge tem particular impacto no bem-estar dos idosos, sendo um dos eventos que mais afetam sua vida.

As alterações fisiológicas também passam por um processo marcado por perdas importantes. A pele do idoso torna-se mais sensível, com o aparecimento de rugas e acentuação de pregas; as maçãs do rosto tendem a cair; surgem manchas e pigmentação irregular; os cabelos começam a cair e/ou a ficar brancos; os olhos tendem a se aprofundar devido à diminuição da gordura orbitária, aparecendo o arco senil; reduz-se a capacidade de focagem de objetos próximos, forçando ao uso de óculos para leitura. O ouvido externo tende a aumentar de tamanho; ocorre acúmulo de cerume, formando tampões de cera sobre os tímpanos, com conseqüente diminuição da capacidade auditiva; a boca tende a secar devido à menor produção de saliva; diminui o paladar; diminui a sede; ocorre perda de dentes, sendo que os remanescentes tendem a escurecer devido à perda do esmalte; o nariz aumenta de tamanho. Perde-se a capacidade olfativa e os pelos nasais aumentam em número e espessura; ocorrem reduções na massa muscular, nos ossos e nas articulações, repercutindo tanto na forma e mobilidade, como nas atividades da vida diária; há também reduções na função pulmonar, na digestão dos alimentos, na produção hormonal e no fluxo sanguíneo renal, além de alterações estruturais e neuroquímicas do sistema nervoso, alterações funcionais, diminuição da percepção e da memória recente e outras mudanças.

Embora o ajuste do idoso à perda de amigos e familiares, assim como às alterações de saúde e vitalidade possa ser bastante custoso, certas perdas compreendidas como inevitáveis tendem a ser resolvidas de forma menos dificultosa. Eventos inesperados, como a morte de uma criança, podem exigir maior esforço de adaptação.

Seção 2 - AVALIAR AS CONDIÇÕES DE VIDA E SAÚDE

Esta seção tem como objetivo principal discutir as condições de vida e de saúde dos idosos da nossa comunidade e avaliar como eles estão se comportando em relação à melhora na qualidade de vida.

Como podemos contribuir para que os indivíduos permaneçam independentes e ativos à medida que envelhecem? O aumento da população idosa acaba exigindo dos gestores mudanças nos modelos assistenciais, acarretando crescimento nas despesas com tratamento médico e hospitalar. Por isso existe a necessidade de prevenir as doenças, oferecendo condições de vida e saúde para esta população.

O conceito de qualidade de vida pode ser entendido como uma representação social, satisfazendo as necessidades básicas de vida diária, bem-estar, realização pessoal e profissional, satisfação individual e coletiva e outros. Para melhorar a qualidade de vida dos idosos, foi criada a estratégia de prevenção de doenças e promoção da saúde que avalia a pessoa idosa nos serviços de atenção básica, com o objetivo de alcançar um processo de envelhecimento mais saudável.

Para ocorrer a promoção da saúde, é necessário oferecer ações que visem a mudanças no estilo de vida, acarretando uma diminuição do risco de adoecer e morrer.



VAMOS SABER MAIS!

Sugestão de leituras complementares:

Veras, R.P.; Caldas, C.P. Promovendo a saúde e a cidadania do idoso: o movimento das universidades da terceira idade.

Disponível em:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsacd/cd26/fulltexts/0663.pdf>

2.1 Alimentação Saudável para o Idoso

As necessidades energéticas do organismo diminuem com a chegada da idade, principalmente se este idoso não pratica atividades físicas. Contudo, o corpo continua necessitando das mesmas quantidades de proteínas, vitaminas e minerais.

Devemos incentivá-los a tornar o ambiente da cozinha o mais adequado e agradável possível; isso atribui segurança e autonomia no dia a dia das pessoas idosas, aumentando sua autoestima e o prazer de se alimentar.

Algumas mudanças podem fazer a diferença para toda a família e deixar a pessoa idosa com mais disposição para comer. São elas:

- Realizar as refeições em local agradável, limpo, com boa ventilação e iluminação;
- Incentivar a higienização das mãos antes das refeições;
- Realizar 5 a 6 refeições diariamente;
- Desestimular o uso de sal e açúcar à mesa;
- Orientar a comer devagar, mastigando bem os alimentos;
- Realizar cuidados com a higiene bucal;
- Estimular a ingestão de água entre as refeições, evitando assim a desidratação;
- Ficar atento à temperatura dos alimentos;
- Estimular o convívio social no horário das refeições, sentando-se confortavelmente à mesa, em companhia de outras pessoas.



VAMOS SABER MAIS!

Buscar na Biblioteca Virtual os dez passos para uma alimentação saudável, recomendado pelo Ministério da Saúde.

2.2 Atividade Física

Segundo o Ministério da Saúde, a falta de exercícios físicos é um dos maiores fatores de risco para doenças crônicas. Seus benefícios podem estar atribuídos ao biológico, psicológico e ao social. São eles: melhor funcionamento corporal, redução de riscos por doenças cardiovasculares, melhora na postura e no controle de peso, melhora na qualidade do sono, ampliação do contato social, melhora na ansiedade, no estresse e outros.

Recomenda-se uma prática de meia hora, pelo menos três vezes por semana, dando preferência a atividades como caminhadas, hidroginástica, dança, ioga, natação, pilates e outras.

2.3 Trabalhos em grupos

O trabalho em grupo permite aumentar a autoestima, descobrir potencialidade, ampliar vínculos entre a equipe e a pessoa idosa, além de complementar as informações fornecidas na consulta individual, através de troca de orientações e educação em saúde.



VAMOS REFLETIR!

Como funciona o programa de saúde do idoso na sua unidade?
Como a equipe realiza promoção de saúde para esta população?

Grande parte das equipes de ESF que trabalham com os grupos julga conveniente a inclusão dos idosos nos grupos de Hipertensão e Diabetes), reforçando a ideia de que o envelhecimento é tratado como uma doença. Precisamos enxergar e mudar esta realidade. O que nossas equipes estão fazendo para a promoção de saúde dos idosos da comunidade?



VAMOS SABER MAIS!

Busque saber mais sobre como organizar um trabalho em grupo com os idosos na Biblioteca Virtual (Caderno de Atenção Básica - Envelhecimento e Saúde da Pessoa Idosa, pp. 24 a 26).

Quais são as atribuições do enfermeiro que assiste o idoso?

As atribuições baseiam-se no atendimento integral às pessoas idosas, que considera a assistência domiciliar, consulta de enfermagem (avaliação e exame físico, diagnósticos de enfermagem, planejamento, intervenções e evolução), prescrição de medicações conforme protocolos estabelecidos, supervisão e atividades educativas à equipe de enfermagem e aos Agentes Comunitários de Saúde e orientações aos idosos e familiares sobre o processo de envelhecimento, uso correto das medicações, e promoção da qualidade de vida.



VAMOS SABER MAIS!

Vale lembrar que, para a consulta de enfermagem, passaremos a utilizar o manual do CIPESC®, que se encontra na Biblioteca Virtual.

2.4 Caderneta da Pessoa Idosa

É um documento que faz parte da evolução da saúde das pessoas idosas em que são registradas todas as informações importantes sobre as condições de saúde para auxiliar os profissionais sobre procedimentos e ações que devem ser

implementados para a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.

2.5 Vacinação

Ela garante proteção contra várias doenças. Podemos observar no quadro as vacinas, as doses e as doenças evitadas na população idosa.

Quadro 1 - Vacinas, as doses e as doenças evitadas na população idosa

IDADE	VACINA	DOSE	DOENÇAS EVITADAS
60 anos e mais	Hepatite B	Três doses	Hepatite B
	Febre Amarela	Uma dose a cada 10 anos	Febre Amarela
	Influenza sazonal	Dose anual	Influenza sazonal ou gripe
	Pneumocócica 23 valente (Pn23)	Dose única	Infecções causadas pelo Pneumococo
	Dupla tipo Adulto (Dt)	Uma dose a cada 10 anos	Difteria e Tétano

Influenza (gripe) - doença infecciosa aguda, viral, altamente contagiosa, que acomete o sistema respiratório, mais comum no final do outono e em todo o inverno. Os idosos podem sofrer várias complicações relacionadas com a gripe, como pneumonia primária viral, pneumonia secundária e outros.

Dupla adulto (Dt) - administrada a cada 10 anos, podendo ser reforçada após cinco anos da primeira, caso ocorram ferimentos com objetos “sujos”.

Seção 3 - QUAIS OS PROBLEMAS MAIS COMUNS NOS IDOSOS?

Nesta seção vamos discutir os principais problemas decorrentes do envelhecimento nas pessoas. Podemos perceber entre eles a depressão, a doença de Alzheimer e as frequentes quedas.

3.1 Depressão

Entre os principais distúrbios mentais no idoso está a depressão. Seu diagnóstico é baseado em características clínicas que evidenciam alterações do humor e que levam o indivíduo a vivenciar alterações qualitativas de suas funções afetivas, cognitivas e intelectuais.

Apesar do uso da palavra ‘depressão’, nem todas as pessoas com a doença sentem tristeza, algumas são ansiosas ou não apresentam transtorno de humor, mas sim sintomas físicos inexplicáveis.

Os principais sintomas psicológicos são baixa autoestima, tristeza, perda de interesse em coisas antes apreciadas, ansiedade, embotamento emocional, problemas de concentração e de memória e, em casos mais graves, delírios, alucinações e impulsos suicidas. Os efeitos físicos podem incluir dificuldade em pegar no sono, tendência a despertar muito cedo pela manhã ou então de dormir demasiadamente, lentidão mental e física, aumento ou falta de apetite, aumento ou perda de peso, perda do interesse em sexo, cansaço, constipação.

A frequência da depressão em idosos é significativamente maior do que em outras faixas etárias. Esses quadros depressivos podem se apresentar acompanhados de distúrbios cognitivos na ausência de disfunção neurológica. Tal fato dificulta sobretudo o diagnóstico diferencial frente aos transtornos mentais orgânicos em seus estágios iniciais, especialmente a demência do tipo Alzheimer.

O idoso raramente se queixa de tristeza. Em vez disso, tende a apontar distúrbios de memória ou de concentração, apatia, desinteresse ou problemas físicos. Nenhuma teoria consegue ainda explicar satisfatoriamente a gênese da depressão no idoso. Sabe-se, porém, que a soma de diversos fatores biológicos e psicossociais resulta no grupo heterogêneo de transtornos depressivos encontrados.

3.2 Alzheimer

Transtorno progressivo que mata lentamente as células nervosas do cérebro. Estudos mostram que 47% dos idosos com mais de 85 anos de idade sofrem de demência de Alzheimer.

Ela é mais frequente no sexo feminino e é caracterizada por um início gradual e pelo declínio progressivo das funções cognitivas, entre as quais as mais afetadas são a memória, a linguagem e a noção de orientação do idoso.

Eles se cansam, se aborrecem, ficam ansiosos com mais facilidade e fazem perguntas repetidamente. O padrão de perda da memória é diferente do normal. Geralmente esquecemos o que se passou há muito tempo, lembrando somente os fatos recentes, mas na demência de Alzheimer segue-se o padrão inverso: esquece-se primeiro o que se aprendeu por último.

Além da memória, a demência leva a uma deterioração da capacidade de raciocínio e julgamento, bem como ao descontrole dos impulsos e da conduta. No fim, a pessoa não consegue nem mesmo realizar sua higiene pessoal e atividades motoras básicas, como desabotoar uma camisa ou andar sozinho.

Ocorre desorientação quanto ao tempo e espaço e, com isso, o paciente confunde-se quanto à época em que está. Passa a não conseguir distinguir o real do imaginário e a ter ideias de perseguição ou mesmo alucinações visuais.

As emoções podem ficar perturbadas com manifestações inapropriadas e desconexas, chorando ou rindo sem motivo,

podendo ocorrer agitação, ansiedade, ideia de que estão lhe roubando ou escondendo as coisas e, aos poucos, a perda completa do contato com a realidade.

3.3 Queda

Elas apresentam vários impactos na vida de uma pessoa idosa, incluindo morbidade importante, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização, uso de serviços de saúde e mortalidade. Além das consequências diretas da queda, os idosos acabam restringindo suas atividades diárias devido a dores, medo de cair novamente, incapacidades, proteção de familiares ou até mesmo por aconselhamento do profissional da saúde.

O envelhecer pode ser uma linda experiência, para a qual nos preparamos durante toda a vida (Autor desconhecido)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - **Redes Estaduais de Atenção à Saúde do Idoso**. Brasília, 2002.

BRASIL. Lei nº 10.741, de 1º de outubro de 2003 - Estatuto do Idoso - **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**. Brasília, 1º out. 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - **Envelhecimento e Saúde da pessoa idosa**. Caderno de Atenção Básica, n.19, Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde - **Alimentação saudável para a pessoa idosa: Um manual para profissionais de saúde**. Brasília, 2009.

CHAIMOWICZ, F.; BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S. M.; RIBEIRO, M. T. F. **Saúde do idoso**. Universidade Federal de Minas Gerais: NESCON, 2009.

NUNES, F., PORTELLA, E. **Psiquiatria e Saúde mental - conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais**. São Paulo: ed. Atheneu, 2001.

RIBEIRO, A. P.; SOUZA, E. R.; ATLE, S.; SOUZA, A. C.; SCHILITZ, A. O. A influência das quedas na qualidade de vida de idosos. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 4, pp. 1265 - 1273, jul./ago. 2008.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, n.19, v. 3, pp. 705 - 715, mai./jun. 2003.

CAPÍTULO 6

ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA SAÚDE MENTAL

Caro especializando,

Este é um tema muito instigante e algumas questões ainda estão tão longe e ao mesmo tempo tão presentes em nossas vidas pessoais e principalmente profissionais. São temas tão ligados e tão capazes de despertar nossa capacidade de sonhar com um futuro próximo e assustadoramente desafiador, que acabam provocando muita curiosidade e questionamentos. Um dos questionamentos que vocês devem estar fazendo é: como desenvolver atividade de atenção à saúde mental dentro da Estratégia da Saúde da Família (ESF)?

Pesquisas mostram intervenções inovadoras a respeito da enfermagem, tanto na Saúde da Família como na Saúde Mental. Os pontos positivos desta ligação estão em fortalecer o processo de mudança do modelo assistencial; aumentar a participação social; fortalecer a importância da escuta, do vínculo e do acolhimento ao usuário do SUS; prevenir os transtornos mentais através de melhorias na qualidade de vida da comunidade. Por outro lado, existem algumas fragilidades encontradas, como o despreparo dos profissionais para lidar com o tema; despreparo da família e da comunidade em lidar com a doença; ausência dos serviços de referências; a teoria nem sempre compatível com a prática, entre outros.

Nessa perspectiva, entendemos que a equipe que presta atendimento na ESF tem um papel central na construção de um novo modelo de cuidado. E o cuidado do enfermeiro deve estar centrado em: saber identificar os principais transtornos psiquiátricos e saber encaminhar em cada situação; conhecer os principais medicamentos e seus efeitos colaterais; gerenciar a situação clínica do paciente, em conjunto com o médico, estabelecendo contato com outros profissionais de saúde e, assim, dar continuidade aos cuidados; organizar a assistência aos pacientes na unidade de saúde; capacitar os profissionais (técnicos de enfermagem e agentes de saúde) para o melhor

acompanhamento dos pacientes; realizar prevenção e reabilitação psicossocial dos usuários, promovendo uma melhora na qualidade de vida.

A maioria dos profissionais não tem a prática de abranger todas as especialidades. É preciso considerar o ser humano na totalidade... eu sei disso na teoria, mas, na prática, é preciso esforço para não ficar repetindo o trabalho apenas técnico

Esse depoimento fala das dificuldades dos enfermeiros da ESF para atuar na área da saúde mental. O próprio conceito de saúde mental parece confundir-se com o de doença mental (SILVIA et al., 2005)

Seção 1 - MOMENTO HISTÓRICO

Vamos conhecer nesta seção a evolução histórica da doença mental no mundo e no Brasil.

A doença mental faz parte do contexto histórico da humanidade, pois, desde o início, sempre havia pessoas que não se enquadravam nas normas sociais de cada cultura e eram determinadas como criaturas com poderes sobrenaturais, sendo temidas e evitadas por toda a sociedade.

No Brasil, passamos por uma transformação no modelo de assistência ao paciente com transtornos mentais, conhecida como Reforma Psiquiátrica, que busca substituir o modelo asilar, reduzindo progressivamente os leitos nos hospitais psiquiátricos e fortalecendo a rede extra-hospitalar, como os CAPS (Centro de Atenção Psicossocial), Unidades Psiquiátricas em Hospitais Gerais (UPHG), Serviços Residenciais Terapêuticos (SRTs), Hospital Dia e Oficinas Terapêuticas, incluindo as atividades nas unidades de atenção primária e outros programas.



VAMOS REFLETIR!

Qual é o modelo de atenção à saúde mental de seu município? Quais os dispositivos existentes em seu município para o atendimento dos pacientes em crises psiquiátricas? Qual o papel da atenção primária no modelo proposto em seu município?



VAMOS SABER MAIS!

Pesquise mais sobre este assunto na Biblioteca Virtual

A lei nº 10.216, de abril de 2001, ampara essa redução progressiva de leitos nos hospitais psiquiátricos e preconiza atendimentos preferencialmente em nível comunitário, junto à família, com enfoque na melhoria da qualidade de vida e na promoção da saúde mental.

Para que isso ocorra, há a necessidade de colaboração e presença dos profissionais de saúde no processo de reinserção social deste paciente e de sua família. E é por esse motivo que a Estratégia da Saúde da Família torna-se uma das mais importantes estratégias para que ocorra essa reinserção na sociedade. Isso se torna mais evidente quando no município não existem serviços extra-hospitalares de saúde mental.



VAMOS SABER MAIS!

Reabilitação ou Reinserção psicossocial não significa substituir uma desabilitação por uma habilitação. Não se trata simplesmente de recuperar habilidades perdidas em consequência da instauração de um processo de adoecimento psíquico grave. Trata-se de oferecer ao usuário oportunidades para que ele possa aumentar suas trocas de recursos materiais e afetivos, em que se estabelece como decisiva a perspectiva da negociação. Trata-se não de conduzi-lo a determinada meta estabelecida a priori, em um referencial da normalidade, mas de convidá-lo a exercer plenamente aquilo, seja pouco ou muito, do que seja capaz. Assim, reabilitar não se reduz a repor mais ou menos bem uma perda e sim trabalhar na direção da construção de vínculos sociais possíveis. Para alguns pacientes, especialmente aqueles com alto risco de exclusão social e prejuízo de sua autonomia, pequenas mudanças podem significar grandes avanços. Por exemplo, a simples circulação de um paciente psicótico pela cidade, que antes não saía de seu quarto, pode representar um movimento importante na construção de novas perspectivas de trocas e de inserção social (PEREIRA; VIANA, 2009)

Uma das propostas da ESF é a de que os profissionais de saúde, através de trocas existenciais com as famílias e com a comunidade, busquem humanizar e prestar assistência diária de saúde, com ações de prevenção, promoção e recuperação, de forma integral e contínua, com o objetivo de conscientizá-los de que saúde é um direito do cidadão e um alicerce para uma boa qualidade de vida.

Um ator que contribui e favorece para que ocorram as trocas existenciais entre profissionais e comunidade é o Agente Comunitário de Saúde. Sendo ele morador da região, identifica-se com as condições de vida dos moradores e consegue vivenciar situações semelhantes que podem resultar em problemas mentais junto aos usuários da comunidade. Mas, por outro lado, está exposto a vários problemas vividos pela comunidade, pois é ele o elemento que faz parte da comunidade e, ao mesmo tempo, também representa o serviço de saúde.

Finalizando, precisamos compreender que o trabalho de Saúde Mental na comunidade visa à promoção, prevenção e ao tratamento dos casos identificados, apoiando-se em um conjunto de ações que visem ao melhoramento ou à manutenção da saúde da comunidade.

Mas como surgem os transtornos mentais?

Várias teorias tentam descobrir o conceito de saúde mental, mas, na verdade, ainda não existe definição oficial para esse termo. É usado para descrever a qualidade de vida cognitiva ou emocional de cada pessoa, incluindo a capacidade que uma pessoa tem em apreciar a vida e procurar um equilíbrio entre suas atividades. “Entende-se que o conceito de Saúde Mental é muito mais amplo que somente a ausência dos transtornos mentais”.

Saúde Mental é estar de bem consigo e com os outros. Saber lidar com as boas emoções e também com as desagradáveis, aceitar as exigências da vida, reconhecer seus limites e buscar ajuda quando necessário.

Vários são os fatores que influenciam nossos comportamentos, as nossas escolhas, a nossa cultura, entre outros. A desarmonia desses fatores pode levar uma pessoa a desenvolver um transtorno mental em um determinado momento de sua vida.

Como exemplo, podemos citar alguém que desenvolve um medo excessivo da violência, a ponto de recusar-se em sair às ruas, fato que nos leva a concluir de imediato que existem várias causas colaborando para isso, como a própria história de vida da pessoa.

É por isso que, na consulta de enfermagem, precisamos conhecer mais os nossos clientes, saber do que gostam, a sua etnia, como vivem, a fim de tornar mais fácil identificar os fatores que exercem influência no momento atual de seu transtorno e, assim, elaborar as intervenções necessárias.

Podemos dizer que alguns grupos influenciam o surgimento da doença mental. São eles:

- **Biológico** - alterações ocorridas no corpo como um todo, em determinado órgão ou no sistema nervoso central (fatores genéticos ou hereditários, pré-natais e perinatais, neuro-endocrinológicos);
- **Social** - interações que temos com os outros, nossas relações pessoais, profissionais e ou em grupos (medo na infância);
- **Culturais** - modificam-se de país para país, ou seja, a noção de certo e errado modifica-se conforme o grupo de convívio (religião, escola, família, país, cultura);
- **Econômico** - a necessidade e a miséria podem levar ao aumento da criminalidade e esta, ao aumento da tensão no nosso dia a dia (o consumismo leva a dívidas que ultrapassam os ganhos);

- **Psicológico** - fatos marcantes que ocorreram tanto na infância ou na fase adulta (estupro, desastres, acidentes, mudanças, luto).



VAMOS REFLETIR!

Faça uma análise da sua comunidade. Observe como ela se comporta. É uma comunidade pacífica ou com comportamento violento? Como é o desenvolvimento socioeconômico? E o nível de educação? Você consegue identificar alguns fatores na sua comunidade que se relacionam com o adoecimento psíquico da população? O que você e sua equipe planejam para diminuir esses fatores?



VAMOS SABER MAIS!

Pesquise mais sobre este assunto na Biblioteca Virtual

Alguns estudos mostram a alta prevalência (12 a 48%) de transtornos mentais na população durante toda a vida. E uma das maiores preocupações é que grande parte destes pacientes (aproximadamente 55% com depressão maior e 77% com transtorno de ansiedade generalizada) não são diagnosticados e tratados de acordo com sua patologia. Nas consultas, é comum o paciente relatar apenas sintomas somáticos, o que traz dificuldade para os profissionais de saúde em reconhecer esses sintomas como indicativos de doença mental.

Ainda observamos poucas pesquisas e investigações sobre as doenças mentais provenientes de usuários vinculados à Estratégia de Saúde da Família.

Seção 2 - PROCESSO DE ENFERMAGEM

Nesta seção vamos abordar a elaboração do processo de enfermagem para os pacientes acometidos de transtornos mentais. O objetivo é conhecer os sinais e sintomas apresentados por estes pacientes e estabelecer o plano de intervenções para ele e sua família.

Como farei o processo de enfermagem para o paciente com transtornos mentais?

Primeiro precisamos nos certificar de que a nossa assistência estará baseada na relação terapêutica enfermeiro-paciente, a qual acontece somente quando cada indivíduo, nessa interação, percebe o outro como ser humano.

A relação terapêutica é orientada por metas que são decididas por ambas as partes (entre o enfermeiro e o paciente). Cada meta é voltada para o aprendizado e crescimento e deve ser capaz de promover algum tipo de mudança na vida do paciente, podendo se basear no modelo de resolução de problemas. A função do enfermeiro, no aconselhamento, é ajudar as pessoas a traduzir os seus conflitos para que possam formular suas próprias respostas.

O enfermeiro deve adquirir determinadas habilidades e qualidades para iniciar e continuar um relacionamento terapêutico, do qual faz parte, em especial, a comunicação verbal e não verbal, abrangendo a postura do corpo, a atitude, a expressão facial e outros sinais.



VAMOS SABER MAIS!

Leia mais sobre comunicação verbal e não verbal no livro de Maria Julia Paes da Silva “Comunicação tem Remédio: a comunicação nas relações interpessoais em saúde.

<http://books.google.com.br/books?hl=pt-BR&lr=&id=oQtgEYISzbYC&oi=fnd&pg=PA9&dq=comunica%C3%A7%C3%A3o+verbal+e+n%C3%A3o+verbal&ots=KiC0Q8DicB&sig=4h0N3c3ZT2jE-hsLYA728Djkl0I#v=onepage&q=comunica%C3%A7%C3%A3o%20verbal%20e%20n%C3%A3o%20verbal&f=false>



VAMOS REFLETIR!

“Positivos ou negativos, os sentimentos nos colocam em contato com o nosso eu verdadeiro. Eles não são bons nem maus, são simplesmente a verdade daquilo que está se passando dentro de nós. Aquilo que fazemos com eles determina se vivemos vidas de honestidade ou engano.” (Angélica Marcheti)



VAMOS SABER MAIS!

Site recomendado para pesquisa: <http://deperolaemperola.blogspot.com/>

2.1 Processo de enfermagem

O processo de enfermagem é dinâmico e principalmente contínuo, consistindo em seis etapas:

Avaliação: coleta de informações com o objetivo de determinar o melhor cuidado possível para o paciente. Obter

estas informações de diversas fontes, como paciente, familiares, amigos, observação do paciente no ambiente, consulta a outros membros da equipe e realização do exame físico e psiquiátrico.

Diagnóstico: a taxonomia que podemos utilizar na saúde coletiva é a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva - CIPESC.



VAMOS SABER MAIS!

O Manual CIPESCANDO EM CURITIBA: Construção e Implementação da Nomenclatura de Diagnósticos e Intervenções de Enfermagem na Rede Básica de Saúde encontra-se na Biblioteca Virtual.

Identificação dos resultados: são analisados a partir do diagnóstico. Depois de mensurados, estimar um tempo para que sejam atingidos; devem ser realistas quanto às capacidades dos clientes e são mais eficazes quando formulados em conjunto, envolvendo o cliente, família e equipe interdisciplinar.

Planejamento: elaborar um plano de cuidados para atingir os resultados esperados. Para cada diagnóstico, são selecionadas as intervenções mais apropriadas juntamente com as instruções ao paciente e sua família.

Implementação: usar intervenções com o objetivo de prevenir doenças mentais e físicas e restaurar a saúde mental do indivíduo.

Evolução: avalia o processo do paciente e da família. A resposta do cliente ao tratamento é documentada, e os diagnósticos e o plano de cuidados são revistos.

Como identificar um paciente com transtornos mentais?

2.2 Sinais e sintomas dos transtornos mentais

Apresentação do cliente

- Aparência: maneira de se vestir e de cuidar da higiene pessoal;
- Psicomotricidade: atividade motora, envolvendo a velocidade e intensidade; agitação (hiperatividade); retardo (hipoatividade); tremores; maneirismo; tiques; catatonia; obediência automática; negativismo;

Linguagem e Pensamento

- Característica da fala: observar se a fala é espontânea, se ocorre logorreia (fala acelerada); mutismo (mantém-se mudo); gagueira; ecolalia (repetição das últimas palavras, como em eco);
- Pensamento: inicia com os cinco sentidos (visão, olfato, paladar, audição e tato) e conclui-se com o raciocínio.
- Inibição do pensamento: lentificado, pouco produtivo;
- Fuga de ideias: tem um aporte tão grande de ideias que não consegue concluí-las, emenda um assunto no outro de tal maneira que torna difícil sua compreensão;
- Desagregação do pensamento: constrói sentenças corretas, muitas vezes até rebuscadas, mas sem um sentido compreensível, fazendo associações estranhas;
- Ideias supervalorizadas e obsessivas: mantém um discurso circular voltando sempre para o mesmo assunto;
- Ideias delirantes: ideias que não correspondem à realidade, mas que para o indivíduo são a mais pura verdade. Ex.: meus olhos possuem sistema de raio laser.

Senso-Percepção

- Senso-percepção: síntese de todas as sensações e percepções (pelos 5 sentidos) que temos e com ela formamos uma ideia de tudo o que está à nossa volta.
- Alucinações: são sensações ou percepções em que o objeto não existe, mas que é extremamente real para o paciente e ele não pode controlá-las, pois independem de sua vontade; podem ser auditivas, visuais, gustativas, olfativas, táteis, sinestésicas e outras;
- Ilusões: sensação referente à percepção de objeto que existe. Ex.: O teto está baixando e poderá esmagá-lo.

Afetividade e Humor

- Tristeza patológica: profundo abatimento, baixa autoestima, geralmente acompanhados de tendência para o isolamento, choro fácil, inibição psicomotora;
- Alegria patológica: estado eufórico, agitado, com elevada autoestima, grande desinibição.

Atenção e Concentração

- Inatenção: dificuldade de concentração;
- Distração: mudança constante de focos de atenção;
- Orientação: consciência de dados que nos localizem, principalmente, no tempo e no espaço;
- Desorientação: incapacidade de relacionar os dados a fim de perceber o espaço e o tempo.



VAMOS SABER MAIS!

Algumas técnicas de comunicação terapêutica para serem usadas na Consulta de Enfermagem

- Usar o silêncio: precisamos dar tempo para o cliente parar e organizar o pensamento.

- Aceitar: comunica uma atitude de receptividade e consideração. Ex: “é, eu compreendo o que você diz”.
- Realizar observações: verbaliza o que é observado ou percebido pelo enfermeiro. Ex: “você parece tenso”, “vi que está andando muito de um lado a outro”.
- Fazer aberturas amplas: possibilita ao cliente a iniciativa de introduzir o tema da conversa. Ex: “sobre o que você gostaria de conversar hoje?”
- Oferecer dicas gerais: dá ao paciente coragem para continuar. Ex: “continue...” “e depois, o que aconteceu?”
- Situar o evento no tempo: esclarece a relação do ocorrido com o tempo. Ex: “quando isso aconteceu?”; “isso foi antes ou depois?”
- Encorajar descrições de percepção: pedir para que ele verbalize o que está sendo percebido. Muito usada para pacientes que apresentam alucinações. Ex: “essas vozes que você ouve, são boas ou são ruins?”
- Refletir: boa técnica para ser usada quando o paciente pede conselhos para o enfermeiro. Ex: Paciente: “o que você acha que eu devo fazer?”. Enfermeiro: “o que você acha que deveria fazer?”.
- Apresentar a realidade: a importância desta técnica é trazer o paciente para a realidade. Ex: “vejo que as vozes parecem reais para você, mas eu não escuto voz nenhuma...”
- Saber lidar com o paciente que fala demais: basta dizer “já entendi o que você está querendo dizer”.
- Formular um plano de ação: quando um cliente tem um plano em mente para lidar com o que considera uma situação estressante. Ex: “o que você poderia fazer para botar para fora sua raiva sem maiores danos?” “Da próxima vez que isso acontecer, o que você pode fazer para lidar com isso de modo mais apropriado?”

Fonte: TOWNSEND, M. C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

“Encontrei o significado da minha vida ajudando os outros a encontrarem o sentido de suas vidas” (Viktor Frankl)

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Alimentação saudável para a pessoa idosa: um manual para profissionais de saúde. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. 2. ed., Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

CHAIMOWICZ, F.; BARCELOS, E. M.; MADUREIRA, M. D. S.; RIBEIRO, M. T. F. Saúde do Idoso. Belo Horizonte: Nescon/UFMG Coopmed, 2009.

DOVERA, T.M.D.S. Nutrição Aplicada à Enfermagem. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.

FLORIANO, P. J.; DALGALARRONDO, P. Saúde mental, qualidade de vida e religião em idosos de um Programa de Saúde da Família. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, v. 56, v.3, pp. 162 - 170, 2007.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Prevalência de transtornos mentais em indivíduos de uma unidade de referência para Programa Saúde da Família em Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, Brasil. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.9, pp. 2043 - 2053, set. 2008.

GONÇALVES, D. M.; KAPCZINSKI, F. Transtornos mentais em comunidade atendida pelo Programa Saúde da Família. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n.7, pp.1641-1650, jul. 2008.

NUNES, M.; JUCÁ, V. J.; VALENTIM, C. P. B. Ações de saúde mental no Programa Saúde da Família: confluência e dissonâncias das práticas com os princípios das reformas psiquiátrica e sanitária. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.23, n.10, pp. 2375 - 2384, out. 2007.

OLIVEIRA, A. G. B.; ATAÍDE, I. F. C.; SILVA, M. A. A invisibilidade dos problemas de saúde mental na atenção primária: o trabalho da enfermeira construindo caminhos junto às equipes de saúde da família. Revista Texto e Contexto Enfermagem, Florianópolis, n.13, v.4, pp. 618 - 624, out./dez. 2004.

PEREIRA, A. A.; VIANNA, P. C. M. Saúde Mental. Belo Horizonte: Nescon/UFMG Coopmed, 2009.

PEREIRA, M. A. O.; BARBIERI, L.; PAULA, V. P.; FRANCO, M. S. P. Saúde mental no programa de saúde da família: conceito dos agentes comunitários sobre o transtorno mental. Revista da Escola de Enfermagem USP, v. 41, n. 4, pp. 567 - 572, dez. 2007.

PORTELA NUNES FILHO, E.; BUENO J. R.; NARDI, A. E. Psiquiatria e Saúde Mental: conceitos clínicos e terapêuticos fundamentais. São Paulo: Ateneu, 2001.

SARAT, C. N. F. ; PAREDES, D. E. ; RAMOS, D. C. S. ; SALAZAR, E. A. V. M.; SANTOS, M. F. C. ; FIORIN, P. M. M. . Saúde Mental e a Evolução da Psiquiatria. Educação sem Fronteiras 5. 1ª ed. Valinhos: Anhanguera Publicações, 2010, v. v.5, pp. 03-11.

SARAT, C. N. F. ; PAREDES, D. E. ; RAMOS, D. C. S. ; SALAZAR, E. A. V. M. ; SANTOS, M. F. C. ; FIORIN, P. M. M. . Saúde Mental e Desenvolvimento da Personalidade. Educação sem Fronteiras 5. 1ª ed. Valinhos: Anhanguera Publicações, 2010, v. v.5, pp. 12-18.

SCÓZ, T. M. X.; FENILI, R. M. Como desenvolver projetos de atenção à saúde mental no programa de saúde da família. Revista Eletrônica de Enfermagem, v. 5, n. 2, pp. 71 - 77, 2003. Disponível em: www.fen.ufg.br/revista. Acesso em: 24 de março de 2011.

SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Definição de Saúde Mental (**negrito**). Disponível em: <http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=1059>. Acesso em: 24 de março de 2011.

SILVA, A. T. M. C.; SILVA, C. C.; FERREIRA FILHA, M. O.; NÓBREGA, M. M. L.; BARROS, S.; SANTOS, K. K. G. A Saúde Mental no PSF e o trabalho de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem, v. 58, n.4, pp. 411- 415, jul./ago. 2005.

SOUZA, A. J. F.; MATIAS, G. N.; GOMES, K. F. A.; PARENTE, A. C. M. A saúde mental no Programa de Saúde da Família. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 60, v.4, pp. 391 - 395, jul./ago. 2007.

STUART, G.W; LARAIA, M.T. Enfermagem psiquiátrica. 4 ed.. Rio de Janeiro: Reichmann e Affonso Editores 2002.

TOWNSEND, M. C. Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados. 3ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

VERAS, R. Em busca de uma assistência adequada à saúde do idoso: revisão da literatura e aplicação de um instrumento de detecção precoce e de previsibilidade de agravos. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, pp. 705 - 715, mai./jun. 2003.

VITOLLO, M.R. Nutrição da Gestante à Adolescência. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso, 2003.

WRIGHT, L.M.; LEAHEY, M. Enfermeiras e famílias: um guia para a avaliação e intervenção na família; 4.ed. São Paulo: Rocca, 2009.

EAD - UFMS

REVISÃO:

Prof. Dr. Ricardo Magalhães Bulhões

EDITORAÇÃO ELETRÔNICA E PROJETO GRÁFICO:

Marcos Paulo dos Santos de Souza

DESIGNER:

Alana Montagna

DESIGN INSTRUCIONAL:

Carla Calarge

FOTO DA CAPA:

Roberto Higa



Foto: Roberto Higa

ISBN 978-85-7613-345-2



9 788576 133452

SES
Secretaria de Estado de Saúde

Ministério da Educação
Ministério da Saúde

Secretaria de
Gestão do Trabalho e da
Educação na Saúde

GOVERNO FEDERAL
BRASIL
PAÍS RICO É PAÍS SEM POBREZA



FIOCRUZ
UNIDADE CERRADO PANTANAL



ASMEFAC
Associação Sul-Mato-Grossense de
Médicos de Família e da Comunidade



ead
UFMS

SESAU
Secretaria Municipal
de Saúde Pública



UNASUS
Universidade Aberta do SUS