

Série Enfermagem
Atenção Básica – SMS-SP
2017

MANUAL PARA TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM SMS/SP -2ª ED

Em atualização – 2023



CIDADE DE
SÃO PAULO
SAÚDE

FICHA EDITORIAL

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 qualquer fim comercial.

As fotos obtêm os Termos de Consentimento Livre e Esclarecido para este Manual, sendo, portanto, proibida a cópia, reprodução e divulgação das mesmas.

Série Enfermagem - Atenção Básica – SMS-SP

Documentos Técnicos.

CATALOGRÁFICA

S241m São Paulo(cidade). Secretaria da Saúde.

Manual Técnico/Auxiliar de Enfermagem/ Secretaria da Saúde, Coordenação da Atenção Básica/ Estratégia Saúde da Família. – 2 ed – São Paulo: SMS, 2016

108 p. – (Série Enfermagem)

1. Promoção da Saúde.
2. Educação em Saúde.
3. Enfermagem/ DANTE(s)
4. Visita Domiciliária.
5. Enfermagem Atenção Básica.
6. Serviços de saúde.
 - I. Coordenação da Atenção Básica/Estratégia Saúde da Família.
 - II. Título: Manual Técnico/ Auxiliar de Enfermagem
 - III. Série: Manuais de Enfermagem SMS-SP

CDU 614.2

MANUAL PARA TÉCNICOS/AUXILIARES DE ENFERMAGEM

Atenção Básica - SMS/SP - 2ª ed.

ORGANIZAÇÃO

Andrea Lutten Leitão

Maria Bernadete Sampaio A. Seixas

Patrícia Luna

Marisa Beraldo

Silmara Alves dos Santos

ELABORAÇÃO

Andrea Lutten Leitão

Maria Bernadete Sampaio A. Seixas

Marisa Beraldo

Patrícia Luna

Silmara Alves dos Santos

COLABORADORES

PARCEIROS

Equipe de Enfermeiros:

Associação Comunitária Monte Azul

Associação Congregação de Santa Catarina

Associação Paulista para o Desenvolvimento da Medicina (SPDM)

Associação Saúde da Família (ASF)

Casa de Saúde Santa Marcelina

Centro de estudos e pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM)

Centro Social Nossa Senhora do Bom Parto

Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus

Fundação Faculdade de Medicina da USP (FFM) - ESF

Instituto Adventista de Ensino (IAE)

Instituto de Responsabilidade Social Sírio Libanês

Irmandade da Santa Casa de Misericórdia

Sociedade Beneficente Israelita Brasileira - Hospital Albert Einstein

Superintendência de Atenção à Saúde - SAS – OSS - SECONCI

SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE / SP

Atenção Básica

Cecília Seiko Kunitake

Heloisa M^a Chamma Leuzi Lacava

Ivani dos Santos

EQUIPE TÉCNICA DE ENFERMAGEM DAS CO-ORDENADORIAS E SUPERVISÕES TÉCNICAS DE SAÚDE SMS-SP

CRS SUL

CRS CENTRO OESTE

CRS NORTE

CRS SUDESTE

CRS LESTE

FOTOS

Heloisa Maria Chamma Lacava

Marisa Beraldo

Patrícia Luna

AGRADECIMENTO

Os profissionais da enfermagem Atenção Básica SMS - SP agradecem, aos Enfermeiros abaixo relacionados, a dedicação na construção da primeira edição deste documento técnico:

Ana Maria A. Bergo; Maria Angélica Crevelin; Naira Reis Fazenda; Rachel Gonçalves Miguel; Patricia Luna; Regina Lúcia Herculano Faustino; Regina T. Capelari

ÁREAS TEMÁTICAS

Dra. Anete Hannud Abdo

Dra. Athene M^a Franco. Mauro

Dra. Márcia M^a G. Massironi

COLABORAÇÃO Especial

Dra. Necha Goldgrub

Rita Helena Bueno Pinheiro

REVISÃO

Valnice de Oliveira Nogueira

Nutrição

Daniela Wenzel

Bruna Roldan Mussolino

Sumário

APRESENTAÇÃO	8
INTRODUÇÃO	9
Capítulo 1 PROMOÇÃO DA SAÚDE	11
1.1 PROFISSIONAIS DA ENFERMAGEM Elo de relevância para a efetivação da Promoção da Saúde	12
1.2 HUMANIZAÇÃO: Acesso / Acolhimento - Vínculo	14
1.2.1 HUMANIZAÇÃO	15
1.2.2 ACESSO	16
1.2.3 ACOLHIMENTO	17
1.2.3.1 O Acolhimento requer escuta qualificada	18
1.2.4 VÍNCULO	19
1.2.5 EXEMPLOS SOBRE O ACOLHIMENTO E O VÍNCULO EM HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E DIABETES MELITO	19
1.3 EDUCAÇÃO EM SAÚDE	22
1.3.1 VÁRIAS MANEIRAS DE FAZER EDUCAÇÃO EM SAÚDE	23
1.3.2 REQUISITOS PARA REALIZAÇÃO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE	24
1.3.3 EXEMPLOS SOBRE O TRABALHO EDUCATIVO EM GRUPO EM HIPERTENSÃO ARTERIA SISTEMICA E DIABETES MELITO	25
1.4 VISITA DOMICILIÁRIA	31

Capítulo 2 TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM FRENTE AOS CICLOS DE VIDA	35
2.1 O TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA PESSOA IDOSA	36
2.2 O TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADULTO	38
2.3 O TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA MULHER	42
2.4 O TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DA CRIANÇA	50
2.5 O TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM E A ASSISTÊNCIA À SAÚDE DO ADOLESCENTE	59
Capítulo 3 CUIDADOS E INTERVENÇÕES EDUCATIVAS NAS DOENÇAS E AGRAVOS NÃO TRANSMISSÍVEIS (DANT) – HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES MELITO	65
3.1 HIPERTENSÃO ARTERIAL (HA) E DIABETES MELITO (DM)	66
3.1.1 EPIDEMIOLOGIA E TAXA DE PREVALÊNCIA	66
3.2 DIABETES MELITO	67
3.2.1 TIPOS DE DIABETES MELITO	68
3.2.2 PRÉ- DIABETES OU RISCO AUMENTADO DE DIABETES	68
3.2.3. RASTREAMENTO DE DIABETE MELITO TIPO 2	69
3.3 HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA	70
3.3.1 FLUXOGRAMA DE ACOMPANHAMENTO DO PORTADOR DE HAS	70
3.4 FATORES DE RISCO PARA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E DIABETES MELITO	70

3.5	COMPLICAÇÕES DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E DIABETES MELITO	76
3.5.1	COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E DIABETES MELITO	79
3.6	TRATAMENTO DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTEMICA E DIABETES MELITO	82
3.7	TÉCNICAS DE ENFERMAGEM PARA O CUIDADO / ACOMPANHAMENTO DE HAS E DM	90
3.7.1	PRINCIPAIS CUIDADOS – AFERIÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	92
3.7.2	PRINCIPAIS CUIDADOS - INSULINA	93
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS		100

Apresentação

O processo de implantação do Sistema Único de Saúde – SUS na cidade de São Paulo traz em sua história de consolidação, o papel fundamental da Atenção Básica. A Secretaria Municipal da Saúde definiu como estratégia para sua reestruturação e fortalecimento a implantação da UBS Integral que visa o acesso com qualidade e atendimento integral à saúde da população. O Atendimento nesse nível de atenção do sistema de saúde se caracteriza por uma atuação multi e interdisciplinar, o que inclui as Equipes de Enfermagem. Estas têm desenvolvido suas atividades com envolvimento e compromisso, com a proposta de responder às necessidades de saúde do seu território.

O presente trabalho é fruto da iniciativa dos profissionais da enfermagem da SMS/SP, na perspectiva de contribuir para o aprimoramento da assistência de enfermagem nas unidades de saúde, seguindo os princípios do SUS.

É com satisfação e reconhecimento que a Coordenação da Atenção Básica/SMS apresenta a presente publicação: **“Série Manuais de Enfermagem – SMS/SP”** composta por sete manuais atualizados, versando sobre os eixos: Saúde da Criança e do Adolescente; Saúde da Mulher; Saúde do Adulto/do homem; Saúde da Pessoa Idosa; Normas, Rotinas e Procedimentos de Enfermagem; Risco biológico – Biossegurança na Saúde e Manual para Técnico e Auxiliar de Enfermagem, em consonância com as Diretrizes Nacionais de Atenção à Saúde e do exercício profissional.

A SMS-SP coordenou o Grupo Técnico de trabalho, responsável pela revisão e atualização dos Manuais, composto por profissionais de Enfermagem da Coordenação da Atenção Básica e Coordenadorias Regionais de Saúde, com a valiosa contribuição das Áreas Técnicas da Atenção Básica, das Áreas Temáticas e Redes de Atenção, Coordenação de Vigilância à Saúde, Supervisões Técnicas de Saúde, Unidades Básicas de Saúde, Instituições Parceiras e Universidades.

Acreditamos que os Manuais de Enfermagem serão uma importante ferramenta para contribuir na organização do trabalho, para atualização e alinhamento técnico frente às linhas de cuidados, promovendo novas habilidades na Assistência de Enfermagem em toda Rede da Atenção Básica.

Rejane Calixto Gonçalves
COORDENAÇÃO DA ATENÇÃO BÁSICA



Introdução

A segunda edição do Manual do Técnico/Auxiliar de Enfermagem Atenção Básica SMS-SP, além de atualizar as informações contidas na primeira edição, traz de forma simples e sucinta abordagens sobre a promoção da saúde com enfoque na educação em saúde voltada aos ciclos de vida, e para atuação junto ao atendimento de Hipertensão Arterial e Diabetes Mellito.

A Equipe de Enfermagem tem um papel de extrema importância nos cuidados a indivíduos e coletividades. É o contingente mais expressivo dentre os

profissionais da saúde, sendo em maior número os profissionais de nível médio.

A Política Nacional da Atenção Básica prevê dentro das atribuições e atividades dos profissionais de nível médio da Enfermagem os procedimentos regulamentados pela legislação do exercício profissional e ações de educação em saúde a grupos específicos, famílias, em domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, etc.) quando indicado, necessário e conforme planejamento da equipe.

É importante destacar que, por sua formação e pela maior demanda dos serviços de saúde, os auxiliares e técnicos de enfermagem tem sua prática historicamente voltada aos procedimentos e técnicas, prevalecendo o aspecto curativo da atenção à saúde.

Na perspectiva de reforçar um potencial que deve ser mais valorizado na atuação destes profissionais da atenção primária, este manual aponta a importância das ações de educação em saúde, do acolhimento, do papel dos técnicos e auxiliares como facilitadores do acesso às informações para promover o autocuidado e da prática de um cuidado mais humano e agregador.

A educação em saúde como instrumento de trabalho é fundamental na promoção da saúde, na prevenção de agravos, no tratamento das doenças e nas ações de reabilitação.

Na promoção da saúde, o papel da enfermagem é dar abertura, acolher os indivíduos e coletividades para promover um processo mais participativo na vida cotidiana e incentivar ações que melhorem a qualidade de vida.

A equipe de saúde da Atenção Básica quando conhece a realidade de seu território, as características da população atendida – perfil socioeconômico, cultural, demográfico e epidemiológico, as condições de vida das famílias e os recursos sociais existentes, pode realizar um diagnóstico e um planejamento quanto às intervenções da equipe, as estratégias de trabalho

intra e extra unidade e propor uma ação educativa que tenha impacto sobre os determinantes dos agravos à saúde mais importantes.

Todo conteúdo apresentado está em consonância com os Protocolos e Manuais de Enfermagem: Normas e Rotinas de Enfermagem, Biossegurança, Saúde da Criança, Saúde da Mulher, Saúde do Adulto e da Pessoa Idosa e é uma referência para o trabalho das unidades de saúde.

O grupo de trabalho que elaborou este manual, composto por enfermeiros da Coordenação da Atenção Básica, das Coordenadorias e das Supervisões de Saúde, disponibiliza este conteúdo para que seja apreciado e utilizado por toda Equipe de Enfermagem e demais profissionais de saúde da Atenção Básica SMS-SP.

Equipe Técnica de Enfermagem
Coordenação da Atenção Básica
e Coordenadorias
SMS-SP

Capítulo 1

Promoção da Saúde



1.1 Profissionais da Enfermagem

Elo de relevância para a efetivação da promoção da saúde

Investimentos em tecnologias e outros recursos voltados somente a tratamentos e à cura não devem ser práticas exclusivas para a gestão e gerência da Saúde Coletiva. Devemos levar em conta que indivíduos e coletividades têm direito ao acesso a conhecimentos, e com os quais possam se conhecer e, assim, autocuidar-se.

A enfermagem no contexto da Saúde Coletiva deve cuidar do indivíduo saudável, ou não, em suas diversas etapas de vida. Suas práticas devem ser embasadas na universalidade e integralidade da atenção, com postura humanitária, acolhedora e que facilite o acesso.

Considerando a característica de proximidade do trabalho da enfermagem com a realidade de vida dos indivíduos, bem como seu contingente de pessoal, é fundamental o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cotidiano do seu trabalho.

Neste sentido, destaca-se a prática educativa que, a partir do compartilhamento de conhecimentos, busca capacitar indivíduos e coletividades quanto à sua autonomia e corresponsabilidade no cuidado de saúde, assim promovendo a qualidade de vida.

Na realidade, todo contato da enfermagem com o usuário deve ter um caráter educativo, com a intenção de promover o indivíduo e a sua coletividade. A equipe de enfermagem deve ser capaz de

identificar suas aspirações e necessidades, medos e preconceitos para que as orientações trabalhadas sejam significativas e capazes de favorecer uma mudança de comportamento e o autocuidado.

Na medida em que há mudança de comportamento individual, com resultados positivos para a saúde, esta iniciativa pode repercutir positivamente na melhoria da saúde de toda a família e se multiplicar para toda a comunidade. Destaca-se, como exemplo, a prevenção da Dengue, que depende de cuidados com o meio ambiente: a adoção de medidas em cada domicílio repercute positivamente na diminuição de casos na comunidade.

Uma estratégia muito utilizada na educação em saúde é o grupo educativo.

A realização do grupo deve ser planejada pela equipe multidisciplinar, privilegiando estratégias que garantam a participação dos indivíduos e abordando conteúdos que atendam suas necessidades de informações e vinculadas às suas condições de vida.

A equipe de enfermagem na Atenção Básica tem a possibilidade de trabalhar muito além da assistência individual, cuidando e promovendo a saúde integral, na família e na comunidade com foco na prevenção de fatores determinantes e/ou condicionantes de agravos à saúde.

Também há um grande potencial educativo nas ações de vigilância realizadas na unidade de saúde ou na comunidade. A visita domiciliária, por exemplo, permite o conhecimento da realidade das famílias e abre um leque de oportunidades para observações e intervenções, que podem interromper uma possível cadeia de transmissão de doenças e/ou prevenir outros agravos.

Da mesma forma, as ações educativas podem ser desenvolvidas no trabalho realizado na sala de vacinas, no atendimento pré-natal, na puericultura, na assistência às doenças sexualmente transmissíveis, às doenças crônicas e suas complicações e demais doenças e agravos nos diversos ciclos de vida.

Em cada oportunidade há a possibilidade da realização da promoção da saúde. Saber receber, saber ouvir e estabelecer vínculo, são passos importantes para que o ato educativo tenha resultados positivos.

O cuidado do profissional de enfermagem, individual ou em grupo, é um importante veículo para promover a qualidade de vida de muitas pessoas. O acolhimento da necessidade do usuário e um simples gesto de carinho podem decidir se há adesão ao tratamento, mudança de postura quanto ao autocuidado e até salvar uma vida.



1.2 Humanização: Acesso/ Acolhimento - Vínculo

Introdução

As pessoas procuram os serviços de saúde em busca de cura, alívio, prevenção, ou encaminhamento para a resolução de seus problemas relacionados à saúde para a preservação da vida.

As questões científicas, técnicas e tecnológicas contribuem muito para a resolução dos problemas de saúde, mas é importante salientar que a postura e a forma de realizar os procedimentos dos profissionais da saúde são fundamentais na assistência. Quando são confortadores e vão além do interesse pela resolução dos problemas identificados, com intenção fraterna e solidária, valorizam cada pessoa como sendo única e importante, humanizando a atenção.

A enfermagem, como todos os profissionais da saúde, devem reconhecer seus usuários como sujeitos ativos na busca de soluções para seus problemas de saúde, capazes de agir, decidir e expressar intenções.

É necessário não ver o usuário como apenas mais um caso de doença, mas uma pessoa com direito à negociação e participação no seu atendimento, com seus valores, cultura e modo de vida próprio. A humanização é respeitar o outro como ele é, sem negar ou condenar seu modo de ser ou viver.

A prática da humanização prevê também oferecer uma assistência de qualidade. Assim, é importante que os profissionais da Enfermagem busquem o aprimoramento profissional, a atualização técnica e científica individualmente, ou em grupo.

Os serviços de saúde devem favorecer o acesso, zelar pela ética nas práticas de saúde e buscar a contínua melhoria da **qualidade** no cuidado prestado. A humanização precisa permear todas as oportunidades de contato com o usuário e sua família – nas consultas, visitas domiciliares, grupos educativos, na execução de procedimentos, no encaminhamento para outros serviços e no acolhimento da demanda espontânea.

1.2.1 Humanização

Tornar humano/ Civilizar /Tornar agradável

A enfermagem, inserida nos diversos níveis de atenção à saúde, trabalha desde pequenas orientações educativas a intervenções complexas. Em todo o processo de trabalho, ainda que necessite de tecnologias e equipamentos, a enfermagem usa do seu potencial de sensibilidade para identificar necessidades, oferecer ajuda e estabelecer uma relação de confiança com o usuário, para promover um cuidado integral e holístico.

Para conhecer de fato seus usuários, a enfermagem utiliza o conhecimento técnico e científico e também trabalha com a observação e percepção de necessidades individuais.

Assistir ao outro deve ter caráter único, considerando cada indivíduo como um todo, valorizando e respeitando seu modo de vida, sua cultura, suas práticas e reconhecendo seus direitos, para indicar as condutas e intervenções mais adequadas para cada usuário.

As equipes da Atenção Básica são responsáveis pela continuidade do cuidado às pessoas e famílias de seu território ao longo do tempo e o conhecimento de sua realidade e condições de vida possibilita maior efetividade na assistência.

As atitudes dos profissionais de enfermagem precisam promover e resguardar a dignidade humana e a necessidade do usuário deve sempre ser colocada como centro do trabalho das equipes e da unidade de saúde.





Na perspectiva de qualificação da atenção e para ampliar sua resolubilidade, deve-se valorizar o trabalho multidisciplinar. Por meio das reuniões de equipe é possível praticar o compartilhamento de saberes, diálogos, a discussão dos casos, a proposta de intervenções e as responsabilidades de cada membro da equipe.

É importante lembrar que também precisamos humanizar as relações de trabalho. O respeito mútuo e a colaboração são fundamentais na construção de um ambiente de trabalho saudável e positivo.

Praticar humanização no processo de trabalho requer abertura para o novo, é praticar o que gostaríamos de receber como atendimento, é considerar e valorizar os demais profissionais envolvidos na unidade de trabalho, é não resistir às mudanças. A humanização requer inserção, escuta, avaliação, interesse, estabelecimento de confiança, orientação, cuidado, encaminhamento, enfim, resolutividade.

“Entendemos que humanização é usar da nossa humanidade para cuidar da humanidade do outro.”

CORBANI; BRETAS; MATHEUS, 2009.

1.2.2 Acesso

Por definição, acesso é a possibilidade de alcançar algo. O acesso é pré-requisito fundamental para a Promoção da Saúde.

A promoção e ampliação do acesso aos serviços de saúde são premissas para garantir a universalidade da atenção à saúde, prevista na Constituição Brasileira e priorizada na Política Nacional da Atenção Básica.

Para promover o acesso e também a melhoria da qualidade dos serviços, é necessário conhecer o perfil epidemiológico e demográfico da população a ser atendida, suas características, seu modo de vida, necessidades de saúde e a rede de serviços já implantada no território.

O acesso aos serviços depende de sua organização interna: do horário de funcionamento da unidade, do provimento de profissionais de diversas categorias, da construção das agendas dos profissionais, da oferta de serviços, procedimentos e exames, da disponibilização e suficiência de insumos e medicamentos e da ambiência, acessibilidade e manutenção das instalações.

Outro aspecto fundamental é a postura adotada pela equipe da unidade na condução da assistência. Uma equipe comprometida, acolhedora, que coloca as necessidades do usuário como centro do trabalho da unidade, buscará cada vez mais organizar o serviço de modo a atender suas necessidades e a melhoria contínua da qualidade do cuidado prestado.

1.2.3 Acolhimento

Hospedar/ Proteger/ Abrigar/ Atender/ Admitir/ Aceitar/dar ouvidos/ dar crédito/Agasalhar/Receber

O **acolhimento não é um espaço ou um local**, mas uma postura ética voltada ao direito e à solidariedade humana.

Realizar acolhimento não é ato restrito à recepção da unidade na resolução de problemas de demanda diária. Deve ocorrer em todo e qualquer contato com o usuário e estar interiorizada por todos os profissionais da saúde.

Acolher é atender a todos que procuram os serviços de saúde. É assumir uma postura capaz de escutar os usuários com interesse e dar respostas mais adequadas às suas necessidades. É uma prática que deve estar presente em todas as relações de cuidado, nos encontros reais entre trabalhadores de saúde e usuários, podendo acontecer de várias formas. Devemos lembrar que para o acolhimento não é necessário um espaço apropriado, podendo ser feito desde a recepção como porta de entrada da unidade, bem como por qualquer outro profissional do serviço.

Para construir e efetivar o processo de acolhimento em uma unidade da Atenção Básica é necessário promover sensibilização e o envolvimento de toda a equipe, articulando os diversos setores, os profissionais técnicos e os administrativos, identificando o perfil da população atendida e a realidade local.

Um acolhimento planejado e bem realizado pode ser entendido como uma atitude tecnológica do cuidado, que reorganiza o processo de trabalho dos serviços e das equipes de saúde com direcionamentos utilizando novos modos de receber e escutar os usuários da Atenção Básica (M.S Caderno 28 - Atenção Básica).

Executar acolhimento requer:

- Mudança de postura frente ao usuário
- Reconhecer e aceitar as diferenças
- Realizar tratamento digno e respeitoso
- Escuta e o direito de decisão

Todos esses atos devem estar voltados à promoção do acesso e principalmente à resolutividade da assistência à saúde

1.2.3.1 O acolhimento requer uma escuta qualificada

Uma das grandes artes do comportamento humano é saber ouvir, dar tempo ao outro para explicar seus desejos, suas angustias, suas histórias, bem como suas necessidades, pois somente entendendo “o caminhar” do raciocínio do outro é que poderemos atendê-lo adequadamente.

Devemos considerar que ao atender um usuário nos serviços de saúde, existe a ciência do cuidar do profissional, a lógica técnica, o tempo disponível administrativamente estipulado pelo serviço, mas o cuidado não será efetivo se o profissional não se apropriar da real necessidade do seu usuário.

É necessário ouvir para poder cuidar. Ao escutar o profissional deve utilizar seu saber associado às informações colhidas para poder construir as respostas, as possíveis condutas ou encaminhamentos. A escuta qualificada também pressupõe o envolvimento de outros profissionais.

É importante que o profissional, ao escutar o usuário, traduza a queixa ou necessidade entendida, para que ele a confirme. Uma comunicação efetiva envolve abertura de ambas as partes.

A partir do acolhimento da necessidade, o profissional deve formatar a conduta mais adequada para cada usuário, valorizando o estabelecimento de vínculos e promovendo sua participação e a responsabilização no cuidado.

Escutar construindo respostas requer:

- Não ter julgamentos e imposição de valores;
- Ter capacidade de lidar com conflitos;
- Valorizar as queixas identificando as necessidades;
- Escutar de forma ativa a proporcionar empatia.

É necessário sensibilizar os profissionais para a prática da escuta qualificada.

Capacitações e reuniões de caráter multidisciplinar são momentos ricos de troca. Assim como a elaboração de alguns roteiros para a escuta podem permitir a verbalização de sentimentos e compreensão de significados.

Estes momentos de desenvolvimento também devem trabalhar a mudança de postura, pois a escuta envolve questões subjetivas que podem ser transmitidas tanto pelo usuário como pelo profissional. Saber ouvir é uma arte.



1.2.4 Vínculo

Elo

Compromisso

Relacionamento

Responsabilização

O vínculo na atenção à saúde pode ser definido como uma forma de relacionamento que pressupõe um elo entre o profissional e o usuário, uma relação de confiança e mútua responsabilização e respeito.

O vínculo entre o profissional da enfermagem e os usuários amplia a eficácia das ações de saúde e fornece a adesão na elaboração de um plano de enfrentamento que inclui ações de promoção, prevenção e tratamento dos agravos que o acometem.

Para a construção de vínculos são necessários requisitos como respeito mútuo e postura acolhedora, que levam em conta a história de vida, hábitos e valores.

1.2.5 Exemplos

Acolhimento e o vínculo frente às doenças crônicas: Hipertensão Arterial e Diabetes Melito

A assistência ao portador de condições crônicas (especialmente hipertensos e diabéticos) requer dos profissionais de saúde um olhar diferenciado, que atenda às características específicas desses usuários, que se diferenciam dos demais usuários da Rede Básica de Saúde.

O usuário hipertenso ou diabético, por ter uma condição crônica, precisa ter um acompanhamento prolongado do seu tratamento, necessita mudar ou adquirir novos hábitos de vida como fazer caminhadas e diminuir o consumo de gorduras.

Principalmente, o usuário precisa ser capaz de tomar decisões a respeito da sua doença, por exemplo, como reconhecer a hipoglicemia e saber o que fazer nesses casos.

Atender o usuário com hipertensão ou diabetes não significa apenas verificar a pressão, medir glicemia capilar, encaminhar para consulta médica ou de enfermagem. Requer muito mais que isso, exige do Técnico/Auxiliar de Enfermagem um vínculo com o usuário e uma atitude de corresponsabilização com a condução do seu tratamento e, conseqüentemente, com a sua condição de saúde.

Nesse sentido, esse texto se propõe a contribuir com uma reflexão sobre as atitudes que devem ser estimuladas na equipe de saúde e, em especial, no Técnico/Auxiliar de Enfermagem ao desenvolver o cuidado ao usuário com doença crônica.

ACOLHIMENTO

Disponibilidade para receber o pedido do usuário e realizar a escuta de sua queixa, buscando compreender o problema apresentado.

Procurar não enxergar apenas a doença que o usuário apresenta, mas perceber o indivíduo, e o contexto em que ele vive.

Assim, amplia-se a possibilidade de estabelecer um vínculo de confiança com o usuário e identificar outras necessidades em saúde que ele possa apresentar, mesmo que não tenham sido explicitadas por ele.



Responsabilização pela saúde do indivíduo e da comunidade é necessário:

- Envolver-se com os problemas de saúde da pessoa e da comunidade, estabelecendo vínculo entre usuário, comunidade e serviço, com base na responsabilidade profissional;
- Identificar os problemas de saúde que o usuário apresenta os recursos de saúde disponíveis e realizar as intervenções necessárias de acordo com suas competências profissionais;
- Procurar reconhecer o melhor momento para oferecer orientações quanto a hábitos de vida saudáveis, propor participação em grupos da Unidade, etc.

POR EXEMPLO:

Um usuário procura a Unidade porque está com febre ou infecção respiratória e o profissional da enfermagem percebe que é obeso.

A hora da febre ou da dor pode não ser o melhor momento para orientá-lo quanto a dietas, caminhadas e riscos para diabetes, mas o Técnico/Auxiliar de Enfermagem deve estar atento e oferecer oportunidades para a continuidade do cuidado: agendamento de retorno com enfermeiro ou médico para realizar uma medida de glicemia capilar e orientá-lo sobre hábitos de vida saudáveis.

RESPEITO À AUTONOMIA DO INDIVÍDUO

Aproveitar ocasiões da realização de procedimentos como: curativos, medidas de PA, glicemia capilar, inalação para fornecer explicações, buscando ampliar a capacidade de autocuidado do usuário.

Procurar sempre esclarecer, objetivando melhorar o entendimento que ele tem em relação a sua doença e, dessa forma, ampliar sua capacidade de enfrentar seu problema de saúde e agir sobre sua própria vida, promovendo o autocuidado.



1.3 Educação em Saúde

Antes de falarmos sobre EDUCAÇÃO EM SAÚDE é necessário lembrar a importância desta ação para a Promoção da Saúde.

A Promoção da Saúde acontece quando são oferecidos caminhos (direção) para transformação dos processos individuais, ou coletivos, para mudanças de comportamentos em busca da saúde e da qualidade de vida. Desta forma, não fica difícil entender como são relevantes as ações de Educação em Saúde para que a Promoção da Saúde aconteça.

Educação em Saúde são ações que cabem a todos os profissionais da saúde. Os profissionais da saúde, por meio da criação de vínculo com indivíduos e coletividades, utilizando seu conhecimento técnico, devem promover atividades dirigidas à transformação dos comportamentos dos indivíduos, focando estilo de vida e riscos comportamentais.

Educação em Saúde é uma forma de proporcionar acesso a informações e habilidades, pois é direito de todos “conhecer” para poder controlar os fatores determinantes que influem no seu ambiente de vida. A informação fundamenta decisões autônomas dos indivíduos e das coletividades não somente na área da saúde, mas também, nas diversas esferas da vida social.

Com a implantação do SUS e ampliação da Atenção Básica, renova-se o modelo da assistência

tradicional aproximando-a mais da população, não somente em números de unidades, como também, na mudança de comportamento dos serviços e dos profissionais de saúde.

A Educação em Saúde traz o reconhecimento da influência das condições de vida na saúde do indivíduo: o local onde vive, seu trabalho, sua escolaridade e acesso a serviços. Respeita sua privacidade e dignidade; propõe o desenvolvimento pessoal; orienta os valores e tem como base a informação sobre os riscos à saúde para promover a capacidade das pessoas controlarem suas vidas. Portanto, a ação do educador tem como objetivo prevenir doenças e agravos à saúde por meio do desenvolvimento de comportamentos saudáveis.

As Unidades de Saúde da Atenção Básica, por estarem mais próximas e inseridas na dinâmica local da comunidade e desenvolverem atividades com constância e continuidade, tem um grande potencial transformador. O conhecimento dos indicadores de saúde, da cultura e da dinâmica da população do entorno da Unidade de Saúde são fatores fundamentais para o planejamento das ações de educação em saúde e aumentam as possibilidades de organizar iniciativas capazes de interferir nas condições de saúde desta coletividade.

“ O fim da ação educativa é desenvolver no indivíduo e no grupo a capacidade de analisar criticamente sua realidade; de decidir ações conjuntas para resolver problemas e modificar situações; de organizar e realizar a ação, e de avaliá-la com espírito crítico ”

(M.S, 1981).

1.3.1 Várias maneiras de fazer educação em saúde

- Informar, transmitir conhecimentos sobre saúde e profilaxia das doenças de forma individual e coletiva nas Unidades de Saúde
- Sensibilizar (utilizando linguagens ou técnicas adequadas) indivíduos e coletividades sobre temas voltados à saúde pertinentes às reais necessidades.
- Divulgar as ações e atividades que são proporcionadas pela unidade
- Em Visita Domiciliária, identificar situações que podem trazer o risco à saúde. Oportunidade para realizar sensibilização para mudança de comportamento
- O próprio comportamento e postura (adequados) do profissional da saúde junto a indivíduos e coletividades
- Preparar multiplicadores frente às demandas educativas: representantes da comunidade
- Inserção de profissionais da Saúde nas Escolas, Igrejas, Sociedade Amigos de Bairro e demais equipamentos sociais disponíveis para levar informação à comunidade
- Aproveitar todas oportunidades de atenção individual e coletiva - intra e extramuros

1.3.2 Requisitos para realização da educação em saúde

- Saber ouvir, respeitar cultura e saberes populares, entender as reais necessidades de cada indivíduo e dar o melhor encaminhamento com orientações adequadas.
- O diagnóstico de cada situação (levantamento de prioridades/ coleta de dados) precisa ser bem traçado para atender a população de acordo com sua real necessidade. Identificar as causas dos problemas, suas características principais e suas consequências.
- Reconhecer os recursos disponíveis da unidade e do território.
- Realizar planejamento, compatibilizar um conjunto diversificado de ações. Não improvisar.
- Atentar à complexidade da necessidade. Se possível, inserir representantes da população no planejamento.
- Realizar plano de ação com objetivos (o que esperamos alcançar), população alvo, metodologia, recursos (físicos, materiais, humanos e financeiros) e cronograma de atividades. É fundamental realizar, a avaliação do processo de educação em saúde realizado.
- Equipe multiprofissional aberta para o novo, ter flexibilidade, todos precisam ter interiorizado o mesmo conteúdo, a fim de passar a mesma ideia/informação.
- Utilizar linguagem adequada para o entendimento da informação pela população.
- A equipe precisa ter claro que todos são cooperadores e partícipes do processo de educação em saúde proposto, para que ele seja transformador.

Adaptado Ed. em Saúde, CVE-SP, 1997

1.3.3 Exemplo sobre o trabalho educativo em grupo frente às doenças crônicas: Hipertensão Arterial e Diabetes Melito

TRABALHO EM EQUIPE

A importância do compartilhamento das informações com os outros profissionais da equipe aumenta a abordagem integral e resolutive, proporcionando mudanças na organização do trabalho e na atuação profissional.

O trabalho em equipe viabiliza a interação entre os agentes envolvidos, com a busca do entendimento e do reconhecimento recíproco de saberes e da autonomia técnica.

Os saberes individuais levam as bases distintas de julgamentos e de tomada de decisões quanto à assistência ou cuidados a se prestar.

TÉCNICAS DE TRABALHO

A educação das pessoas portadoras de doenças crônicas tem como finalidade influenciar na mudança de comportamento das mesmas, além de estimular a aquisição e manutenção de hábitos saudáveis de vida.

O grupo não deve ser um mero ajuntamento de pessoas. Os participantes devem relacionar-se uns com os outros, geralmente em torno de tarefas e objetivos comuns do grupo.

Os grupos educativos para portador de doença crônica têm como objetivos:

- Auxiliar a conhecer, entender e compreender melhor a sua doença
- Conhecer e reconhecer comportamentos de risco
- Orientar sobre a importância do tratamento
- Esclarecer quais as formas de prevenção das complicações
- Estimular a adoção e manutenção de padrões de vida saudáveis
- Orientar o uso responsável dos serviços de saúde a sua disposição
- Auxiliar na tomada de decisões quanto ao cuidado com sua saúde

Realizar um grupo educativo não é uma tarefa fácil, pois são inúmeros os fatores que influenciam o comportamento e que determinam as mudanças necessárias para o controle efetivo da doença.

No início da doença, o usuário pode encontrar-se na fase de Negação, que é uma forma saudável de lidar com eventos desagradáveis. Neste momento ocorre a busca por vários médicos na esperança de constatar algum engano no diagnóstico. A frase mais comum neste período é: “Isto não pode estar acontecendo comigo”

A negação, depois de uma notícia dolorosa, é um “período necessário” para que a pessoa possa recuperar-se, mobilizando medidas menos radicais e substituindo-as por uma aceitação parcial.

Nesse período é difícil a intervenção educativa, pois o usuário está negando a própria doença, não estando “aberto” para nenhum tipo de informação sobre algo que não lhe diz respeito.

Segue-se uma fase de revolta e raiva que costuma ser de especial dificuldade tanto para a família do portador de doença crônica quanto para a equipe que o assiste, uma vez que todos acabam sendo inundados pelas explosões de raiva.

Aqui, a pergunta mais frequente: “Por que eu?” vem acompanhada por sentimentos de raiva, revolta, inveja e ressentimento. É necessário que não assumamos esta raiva em termos pessoais, pois nada ou pouco está relacionada conosco e, reagindo a estas explosões, estaremos reforçando uma atitude cada vez mais hostil. É importante aprendermos a ouvi-lo, suportando sua revolta ou raiva irracional, podendo compreender o alívio que proporciona a exteriorização desses sentimentos.

A próxima fase é a da Barganha, que configura uma tentativa de adiamento para a difícil situação do diagnóstico, na qual se tenta encontrar uma forma de fazer a condição crônica desaparecer.

Nela se tenta um acordo para um final feliz. É a fase da busca por chás milagrosos, benzedadeiras, simpatias, promessas etc.

Não se obtendo resultado satisfatório com a barganha, surge o sentimento de depressão. Esse sentimento inclui a perda dos hábitos de vida anteriores ao diagnóstico, o medo do tratamento e das mudanças de padrão de qualidade de vida e o temor pelo futuro.

Esse quadro de depressão irá modificar-se à medida que o portador ou seu familiar puder administrar sua raiva e suas perdas. Assim, poderá contar com ajuda da equipe e com o apoio da família, começando a lidar de forma real com sua doença, começando a aceitá-la e aderindo gradualmente ao tratamento.








Este período, conhecido como fase da Aceitação é a mais importante no desenvolvimento de grupos educativos, uma vez que o portador adere mais facilmente às informações fornecidas durante a realização dos encontros do grupo.

As diversas fases que surgem no enfrentamento da descoberta de uma disfunção crônica sejam elas hipertensão, diabetes, ou qualquer outra, não seguem uma ordem pré-estabelecida, podendo ter duração variável, substituição ou interação das fases descritas acima, ou seja, não obedece a uma simples ordem de causa e efeito: ela é o resultado de ações e reações da pessoa em seu meio social, em relação ao seu passado, presente e futuro.

Portanto, devemos estar atentos ao modo como o usuário e seus familiares sentem, enfrentam e interpretam a doença e o tratamento.

REGRAS IMPORTANTES PARA A REALIZAÇÃO DE GRUPOS EDUCATIVOS

- Os grupos podem ser compostos em números de 10 até 20 pessoas.
- Abordar os seguintes temas:

	O tipo da patologia: hipertensão, diabetes ou ambas;
	A idade: crianças, adolescentes, adultos e idosos;
	Pé diabético;
	Cuidados e uso de insulina;
	Obesidade;
	Alimentação adequada para hipertensos e diabéticos;
	Uso e abuso de substâncias lícitas e ilícitas

OBSERVAÇÕES:

- Os profissionais de saúde não devem adotar posturas paternalistas nem autoritárias;
- É importante evitar falar somente sobre a doença e o excesso de termos técnicos;
- Deve-se valorizar o que o grupo quer saber;
- É muito importante a formação de vínculo entre os participantes, portanto a equipe que inicia um trabalho precisa estar integrada. Se em cada reunião vem um profissional diferente, dificilmente o grupo cria um clima de relaxamento e integração;
- Um espaço importante de planejamento, discussão e avaliação é a reunião de equipe;
- Devem ser abordados temas positivos como qualidade de vida, atividades de lazer, caminhadas, passeios, uma dieta que seja ao mesmo tempo saudável, acessível e gostosa;
- Ao iniciar um grupo é necessário firmar um contrato, ou seja, definir a duração, tanto dos encontros quanto do processo. É importante acordar as REGRAS DO GRUPO: faltas, atrasos e sigilo. Iniciar sempre o trabalho utilizando técnicas (jogos) de aquecimento que sirvam para descontrair e preparar o grupo para o trabalho com o tema do dia.
- Procurar sempre chamar os participantes pelo nome;
- Evitar, sempre que possível, o modelo de aulas expositivas, (pessoas adultas tem seu universo já amadurecido com vivências e conceitos bem particulares sobre sua saúde e seu modo de adoecer);
- Ao encerrar o grupo é sempre bom terminar com alguma proposta prática, seja de alguma atividade de lazer, seja de experimentar alguma sugestão que algum membro do grupo trouxe.
- Observar sempre se existe no grupo pessoas analfabetas ou com dificuldade para ler, escrever, ouvir etc., criando no próprio grupo redes de ajuda. Isso reforça laços de solidariedade;
- Evitar a rigidez. É importante ter sensibilidade para demandas do grupo;
- Caso surja alguma pergunta sobre um assunto que o coordenador do grupo não domine, não se sentir constrangido em não responder: anote e traga a resposta no próximo encontro;
- O fechamento do grupo deve ser realizado nomeando os temas abordados e resumindo-os, tentando citar os exemplos dados pelos participantes, além de dificuldades e soluções apresentadas pelo grupo, eventualmente dando sugestões;
- Pode ser realizada uma dinâmica para encerramento.
- SEMPRE QUE POSSÍVEL, PERGUNTAR NO FINAL DA REUNIÃO OU DE ALGUMAS REUNIÕES O QUE O GRUPO ACHOU DE POSITIVO E NEGATIVO NOS ENCONTROS.

SUGESTÕES DE DINÂMICAS DE AQUECIMENTO



BALÕES COLORIDOS

Objetivo: Propiciar um primeiro contato e entrosamento entre os participantes.

Instrução: Distribua uma bexiga vazia e um pedaço pequeno de papel em branco. Cada participante deverá descrever suas características pessoais no papel em branco, colocar dentro da bexiga e enchê-la. Ao sinal do monitor, todos devem jogar suas bexigas para o alto, misturando-as e não as deixando cair. O monitor então deve dar o sinal de parada e, neste momento, cada um deve pegar uma bexiga (a que estiver a sua frente) e estourar. Cada participante deve ler o papel que estava na bexiga, procurar a pessoa que o escreveu e se apresentar a ela. No caso de haver participante que não saiba escrever podem-se usar outros artifícios (como uma gravura cortada ao meio, duas figuras iguais, etc.).

Encerramento: Sempre ao encerrar a dinâmica será necessária uma discussão sobre a mesma:

- Quais as dificuldades encontradas para localizar a outra pessoa?
- Que tipos de características pessoais são mais fáceis de identificar?
- Qual(is) a(s) tarefa(s) mais fácil(eis) de executar?
- Que relações podem ser feitas entre a dinâmica e o tema a ser abordado neste dia?



BINGO

Técnica de domínio público

Objetivos:

- Estimular a descontração e a comunicação entre os participantes;
- Identificar as percepções e/ou conhecimentos em relação a determinado assunto;
- Reforçar conceitos discutidos anteriormente;
- Avaliar os conhecimentos aprendidos;
- Introduzir uma discussão sobre um tema para posterior sistematização.
- Números de Participantes: A ser definido.
- Duração: De 30 a 40 minutos.

Materiais Necessários:

- Cartela de papel sulfite, semelhante às cartelas de bingo, com as questões colocadas nos quadros do bingo;
- Caneta ou lápis;
- Prêmios (chocolates, canetas ou qualquer “lembrancinha”).

Preparo da Técnica:

- Preparar as cartelas de bingo com questões referentes ao tema a ser discutido. Perguntas variadas que podem ser relacionadas ou até mesmo de assuntos atuais;
- Escolher três prêmios para os primeiros colocados;
- Preparar lápis ou canetas para os participantes.

Desenvolvimento da Técnica:

- O facilitador deverá orientar os participantes quanto ao objetivo da técnica, informando que deverão fazer perguntas contidas na cartela de bingo, uma para cada pessoa, e nunca perguntar mais de uma questão para a mesma pessoa. Caso o entrevistado não saiba a resposta, a pergunta deverá ser feita para outra pessoa. O nome de quem respondeu a questão deverá ser anotado sob a pergunta no quadro da questão. O facilitador determina um tempo máximo e orienta que quem complementar o preenchimento em 1o lugar deverá gritar “bingo!”.
- Convidar os participantes a ocuparem os lugares, em círculo.
- A(s) cartela(s) do(s) vencedor(s) deve(m) ser recolhida(s) e conferida(s).
- Cada questão da cartela premiada será respondida pela pessoa que assinou na cartela. Como a cartela tem questões lúcidas e referentes ao assunto a ser estudado, cada resposta dada deve ser remetida aos demais participantes para que a resposta seja complementada ou confirmada. O facilitador abstrai os subsídios e os utiliza na sistematização.

1.4 Visita Domiciliária



Outra ação importante para a Promoção da Saúde é a realização de Visitas Domiciliares (VD). A VD pode ter como objetivos abrangentes: verificar um fator agravante identificado pela equipe, realizar a vigilância em saúde ou conhecer a família e avaliá-la periodicamente. É uma atividade que permite ao profissional realizar ações direcionadas para prevenção e detecção precoce de problemas relacionados à saúde individual e coletiva e ao mesmo tempo exercer a educação em saúde.

A VD é um diferencial muito importante em relação aos demais instrumentos de trabalho dos serviços da Atenção Básica, pois favorece a ampliação das intervenções no espaço de vida do indivíduo/família.

A doença, o agravo ou demais necessidades de saúde de um componente da família, envolvem também seus demais membros. Assim, conhecer o ambiente e contexto familiar pode auxiliar muito a condução de cada caso.

A prática da VD amplia a possibilidade de coletar informações quanto às condições sanitárias locais, problemas de relacionamento e outros fatores que podem interferir na prevenção de riscos para a saúde e no tratamento das doenças. Pode também ser realizada para a busca ativa na vigilância em saúde e convocação de comunicantes nos casos de doenças infectocontagiosas, como a tuberculose e para



trazer para o serviço pessoas que precisam realizar exames preventivos como o Papanicolaou. Também é oportunidade para esclarecer sobre campanhas e mutirões de saúde, convocação de faltosos ou para convocação em casos com exames alterados.

A Visita Domiciliária também tem como objetivo realizar procedimentos nos casos onde a pessoa tem restrições para a locomoção, como no caso de acamados que não podem ir até a Unidade de Saúde. A equipe de saúde elabora, então, um plano de cuidados juntamente, com a família para atender as necessidades específicas de cada caso.

Portanto, as Visitas Domiciliárias (VD) proporcionam o reconhecimento das necessidades locais e aproximam a atuação da Unidade de Saúde das reais necessidades de saúde dos indivíduos e coletividades da sua área de abrangência. As informações coletadas nas VD subsidiam o planejamento das ações internas e externas da unidade.

É importante atentar para o respeito à individualidade daquela família, bem como aos hábitos e costumes da mesma.

Para a realização da visita domiciliária, o Técnico/Auxiliar de Enfermagem deve realizar um planejamento junto à equipe, identificando, desta forma, a necessidade da visita:

- Antes de iniciar a visita é importante organizar os materiais para sua realização otimizando desta forma o tempo que estará no domicílio.
- Também é interessante informar a família e/ou o usuário sobre o dia e horário que a visita domiciliária ocorrerá.
- Sempre cumprir o cronograma planejado para a visita acordada com a família e/ou usuário, isto auxilia na construção de um vínculo de confiança com a equipe.
- Ao realizar a VD pela primeira vez no domicílio, antes de qualquer coisa é importante fazer a própria apresentação: dizendo o seu nome, qual é o trabalho que desenvolve na equipe, a importância que o seu trabalho tem e o motivo da sua visita.
- Mesmo agendando a VD é necessário confirmar com a família a possibilidade de realizá-la na data agendada.
- Na hora da VD é preciso ter sensibilidade para saber se as pessoas querem ou não conversar por mais tempo.
- Saber o nome da família visitada também é importante - sendo uma demonstração de interesse e respeito pelas pessoas.
- Para a construção do vínculo é muito importante que o Técnico/Auxiliar de Enfermagem valorize os costumes, as crenças e as formas que a família e/ou usuário utiliza para promover saúde e prevenir doenças.
- Só se devem pedir informações que tenham sentido - É necessário explicar o porquê das perguntas, a importância das respostas e qual o objetivo destas.
- A VD deve ser objetiva e esclarecedora, sendo o momento ideal de busca conjunta de soluções para dados levantados pela a própria família e/ou usuário.
- O momento da VD é uma oportunidade para ensinar e aprender - É bom fazer perguntas não só para conseguir informações, mas também para levar as pessoas a pensarem de maneira nova.
- É sempre importante não perder de vista as normas de boas maneiras ao chegar durante a visita e ao deixar a residência.

Após a realização das VD devem ser realizadas anotações em prontuário: Técnicos/Auxiliares de Enfermagem, Médicos e Enfermeiros anotam na folha de evolução. Essas anotações servirão de documentação, acompanhamento do caso e como instrumento de avaliação do trabalho ao longo do tempo.

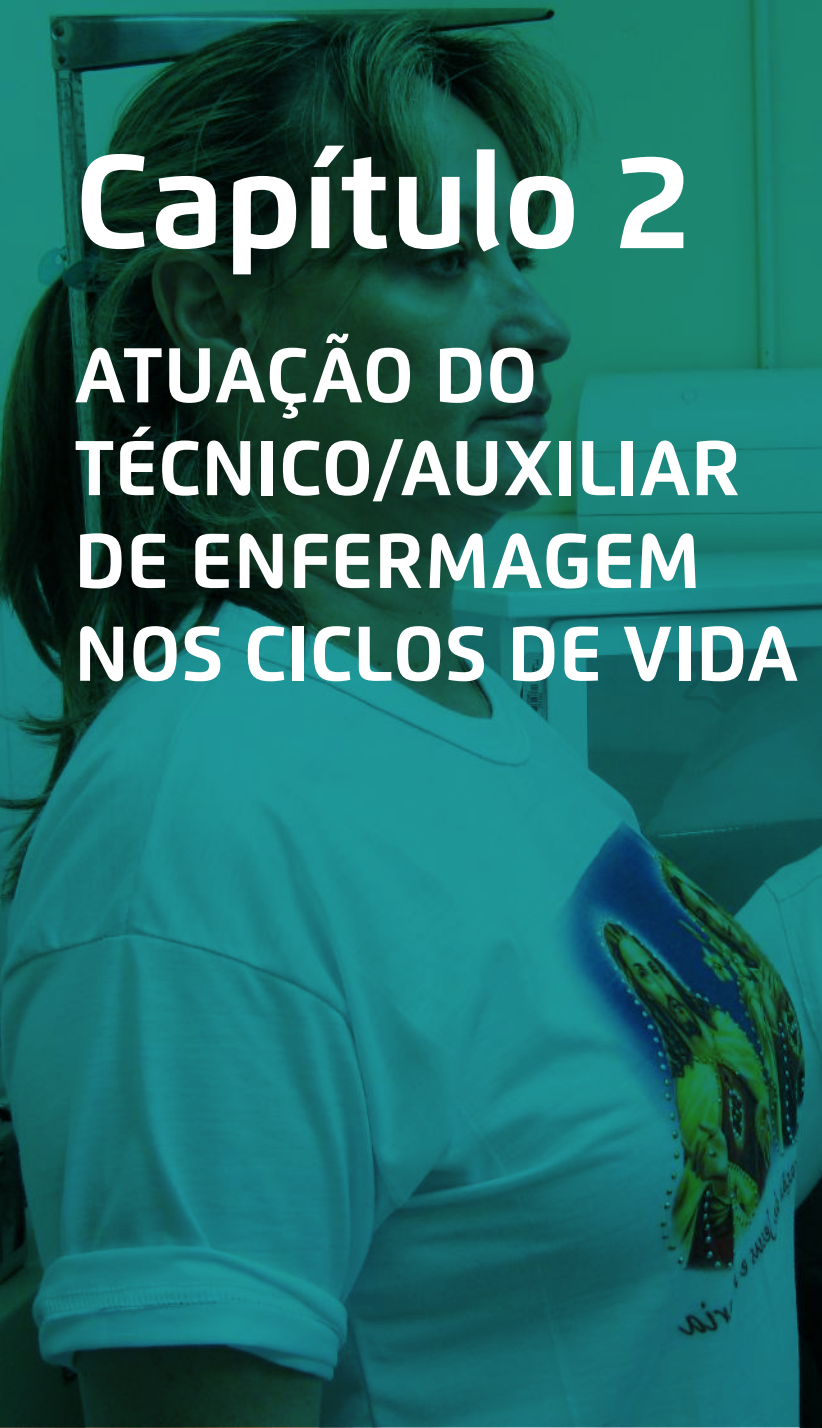


Por ser um documento essencial para assistência a família e usuário, a anotação em prontuário deve seguir algumas regras importantes, como:

- As anotações de enfermagem, bem como de todos os outros profissionais, devem ser legíveis, completas, claras, concisas, objetivas, pontuais e cronológicas.
- Devem ser precedidas de data e hora, e conter assinatura/carimbo e identificação do profissional ao final de cada registro.
- Não conter rasuras, entrelinhas, linhas em branco ou espaços.
- Conter observações efetuadas, cuidados prestados, sejam eles os já padronizados, de rotina e específicos.
- Devem ser registradas após o cuidado prestado, orientação fornecida ou informação obtida.
- As anotações de enfermagem, realizada pelo auxiliar devem ser referentes aos dados simples, que não requeiram maior aprofundamento científico.

Capítulo 2

ATUAÇÃO DO TÉCNICO/AUXILIAR DE ENFERMAGEM NOS CICLOS DE VIDA



2.1 O técnico/auxiliar de enfermagem e a assistência à saúde da pessoa idosa

O envelhecimento é um fenômeno esperado no processo de vida que, assim como a infância, a adolescência e a maturidade, é marcado por mudanças biopsicossociais específicas, associadas à passagem do tempo. Mesmo sendo universal, varia de indivíduo para indivíduo. Essas diferenças são geneticamente determinadas, mas também influenciadas, entre outros fatores, pelo estilo de vida, pelas características do meio ambiente e pelo estado nutricional de cada pessoa.

É necessário que todos os profissionais que atendem a pessoa idosa conheçam as características do processo de envelhecimento, responsabilizando-se pela qualidade da assistência em seus diferentes níveis de atenção à saúde, com ações de promoção, prevenção, proteção e reabilitação à saúde, na perspectiva da integralidade da assistência.

A equipe de enfermagem deve conhecer o Estatuto do Idoso e o Pacto pela Saúde da Pessoa Idosa trabalhando esta temática nos grupos educativos e em atividades de educação permanente, bem como explorar outras literaturas que possam auxiliar em uma assistência de enfermagem de qualidade.

Os cuidados de enfermagem à pessoa idosa deverão alcançar alguns objetivos:

- Proteger e promover a saúde
- Prevenir as complicações de agravos à saúde
- Satisfazer necessidades de saúde identificadas, percebidas e/ou expressas
- Respeitar a identidade e favorecer a autonomia da pessoa
- Prevenir o isolamento social
- Ajudar a pessoa na preservação das suas capacidades físicas, psicológicas e sociais
- Ajudar a pessoa no desenvolvimento de novas capacidades e habilidades
- Estimular a pessoa à inserir-se no seu meio



Estudos mostram que mais de 85% de nossos idosos apresentam pelo menos uma enfermidade crônica, e que cerca de 20%, apresentam pelo menos cinco. Alguns indivíduos podem atingir idades avançadas em excelente estado de saúde e sem nenhuma doença crônica, mas infelizmente isso acontece com um número muito pequeno de idosos.

O envelhecimento acarreta mudanças no organismo do indivíduo e, geralmente, traz consigo algumas doenças como a Osteoporose, Hipertensão Arterial, Incontinência Urinária, Diabetes, Alzheimer, Câncer, entre outras.

Portanto, baseado nos fatores que influenciam a qualidade do envelhecimento, o Técnico/Auxiliar de Enfermagem, em sua prática diária, deve buscar sempre a garantia da autonomia da pessoa idosa, estimulando a execução de atividades que ela ainda tem condições de executar. Assim, independente da simplicidade desta atividade, para o idoso é a garantia da permanência de uma relativa independência.

O Técnico/Auxiliar de Enfermagem, juntamente com sua equipe, deve buscar a identificação das necessidades e dos problemas das pessoas idosas para que juntos possam selecionar as intervenções mais adequadas para o restabelecimento de sua saúde. É importante que a pessoa idosa e sua família participem

ativamente na proposta das intervenções para que a responsabilidade do cuidado seja compartilhada. Estas intervenções devem ser reavaliadas constantemente, permitindo adequações e o envolvimento de outros profissionais, sempre que necessário.

Para a pessoa idosa, as atividades de promoção da saúde são tão importantes quanto para as outras faixas etárias. Apesar de um grande número de idosos apresentarem uma ou mais doenças crônicas e exibirem limitações e incapacidades que não podem ser eliminadas, eles podem beneficiar-se ao máximo das ações e atividades de promoção da saúde desenvolvidas pela equipe de enfermagem, que os ajudam a manter a sua independência e um envelhecimento saudável, melhorando assim sua qualidade de vida. Também devem ser incentivados a participar de grupos de atividades físicas, atividades culturais, educação nutricional, de artes e artesanato, práticas integrativas e outros. Os ganhos são significativos para descobrir novas habilidades e favorecer sua autoestima.

A promoção da saúde do idoso é de âmbito multidisciplinar, portanto é necessário que a equipe que assiste a pessoa idosa desenvolva cuidados abrangentes, estimulando o autocuidado e a autonomia, contribuindo para a construção de sua dignidade.

2.2 O técnico/auxiliar de enfermagem e a assistência à saúde do adulto

Na fase adulta os indivíduos estão mais expostos a pressões sociais. É a fase de agir por si só, enfrentar momentos de decisão, de fazer escolhas, de construção ou rompimento de laços afetivos, período onde se pode enfrentar a instabilidade profissional, familiar e econômica.

No que tange aos cuidados que a Atenção Básica oferece à saúde de homens e mulheres adultos, estudos comparativos comprovam que os homens morrem mais precocemente do que as mulheres, pois estão mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas e procuram menos os serviços disponíveis para prevenção e promoção da saúde oferecida pela Atenção Básica. Quando necessário, preferem os serviços de pronto atendimento (serviços de média e alta complexidade).

É necessário considerar, ao refletir sobre a prática desenvolvida em relação à saúde do adulto, aspectos culturais, sociais e históricos presentes no imaginário coletivo que contribuem com a construção da mentalidade do adulto de procurar a assistência somente quando sente a dor do corpo. Afinal, a saúde é silenciosa – preservá-la implica aprendizagem contínua do autocuidado (BRÊTAS; GAMBA, 2006).



São muitas as situações no decorrer do cotidiano em que a pessoa adulta pode estar vulnerável a sair da condição de saúde e caminhar para a condição de doença. O fato de adoecer, ou o risco em adoecer, pode não acontecer somente por causas externas, como os acidentes, pode estar ligado a fatores genéticos, ao estilo de vida e a cultura dos indivíduos e coletividades.

Sabemos que a natureza do trabalho da enfermagem leva a uma maior aproximação dos indivíduos e coletividades, em todos os sentidos. Desta forma, o Técnico/Auxiliar de Enfermagem deve estar preparado tecnicamente para reconhecer os riscos para a saúde, as patologias, seus sinais e sintomas e tratamentos, pois sua atuação pode influenciar positivamente na conquista do usuário. A enfermagem precisa ter compromisso em gerar a confiabilidade.

Como já comentado nos capítulos anteriores, os profissionais da saúde precisam estar preparados para observar as condições de vida de seus usuários e saber educá-los e sensibilizá-los para adquirir comportamentos saudáveis, evitando os fatores de risco para a saúde.

Em sua maioria, os usuários adultos procuram as Unidades Básicas de Saúde por apresentarem sinais e sintomas de alguma patologia, por uma doença crônica já instalada para acompanhamento, ou estado de crise aguda, bem como para qualquer situação de emergência.

Acometimentos patológicos mais comuns para atendimento na Atenção Básica:

- Disfunções Cardiocirculatórias: como: Hipertensão arterial
- Disfunções Respiratórias, como: Pneumonia, Enfisema, Asma
- Disfunções Digestórias, como: Gastrite, Hepatite, Úlceras pépticas
- Disfunções Metabólicas, como: Diabetes Melito, e Hipotireoidismo
- Disfunções Urinárias, como: Incontinência urinária, Cistite, Infecção urinária
- Disfunções Hematológicas, como: Anemias
- Disfunções Neurológicas, como: Doenças degenerativas
- Neoplasias: Orientações à pessoa em tratamento quimioterápico
- Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Sida/ Aids: Orientações aos usuários para prevenção e doenças oportunistas
- Situações de urgência e emergência: Infarto agudo do miocárdio, Parada cardíaca, Acidentes por causas externas; uso e abuso de substâncias tóxicas (overdose de drogas).

Alguns fatores de risco são responsáveis por grande parte dos anos de vida potencialmente perdidos – pressão alta, fumo, baixo peso, excesso de peso, níveis inadequados de colesterol sérico e consumo excessivo de bebidas alcoólicas, uso e abuso de substâncias tóxicas. Tais fatores podem ser amenizados com mudanças comportamentais. Lidar com a tendência mundial acerca do aumento das doenças crônico-degenerativas na população adulta é um dos desafios que estão sendo enfrentados nas UBS e é neste espaço que há possibilidade de se encontrar com essa faixa populacional antes do adoecimento (DUNCAN, 2004).

O Técnico/Auxiliar de Enfermagem deve conhecer as patologias, bem como as possibilidades de tratamentos oferecidas pela unidade. Mas, é importante registrar que estas patologias não são casos isolados na vida de seus usuários, é preciso reconhecer os vários fatores e hábitos de vida destes usuários que o levaram ao acometimento destas patologias.

Paralelamente, ao atendimento ambulatorial é necessário realizar cuidados e ações voltados à prevenção e promoção da saúde, que podem ser individuais ou coletivos.

Para que estes cuidados e ações sejam efetivos é necessário que o Técnico/Auxiliar de Enfermagem tenha habilidade para divulgar um conteúdo edu-

cativo com qualidade. Esta ação só é eficaz se este profissional conhece a realidade do seu usuário, para isto é necessário saber ouvi-lo respeitando sua cultura e suas condições de vida.

Educação em saúde a serem realizadas como necessidade prioritária na Atenção Básica – Saúde do Adulto:

- Avaliação Periódica da Saúde
- Atividade física regular
- Alimentação saudável
- Prevenção e controle do tabagismo
- Prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas
- Prevenção da Hipertensão arterial sistêmica
- Risco cardiovascular
- Prevenção da Diabetes Melito
- Prevenção do uso e abuso de substâncias tóxicas

Na Atenção Básica ouvir, falar, conversar e escutar são ferramentas legítimas do processo de trabalho em saúde.

Os serviços de saúde devem ser efetivos, organizando e adequando sua rotina de atendimento de acordo com o perfil epidemiológico e as neces-

sidades de sua população. A efetividade de sua ação deve se traduzir em resultados e melhora de indicadores de saúde. Utilizar estes indicadores para avaliar a situação de saúde de seu território possibilita planejar* novas intervenções que podem interromper a cadeia de transmissão de doenças, melhorarem o acesso e qualificar o atendimento da equipe e da unidade.

*Estes planejamentos devem ser realizados junto com a equipe multidisciplinar.

Para efetivação da promoção da saúde na Atenção Básica, o Técnico/Auxiliar de Enfermagem precisa:

- 1 Reconhecer as formas como os indivíduos enfrentam seus problemas de saúde
- 2 Relacionar problemas de saúde com condições de vida da população
- 3 Notificar casos fenômenos de interesse epidemiológico, envolvendo pessoas ou animais, os focos de doenças transmissíveis e as doenças de notificação compulsória ao serviço de epidemiologia
- 4 Aplicar medidas para o controle das doenças crônicas e transmissíveis
- 5 Realizar ações educativas para o usuário e grupos populacionais

- 6 Estimular a comunidade a se organizar para solucionar seus problemas de saúde
- 7 Participar da divulgação e execução do Programa Nacional de Imunização (PNI)
- 8 Estimular a população a conhecer as potencialidades dos serviços de saúde de seu território
- 9 Realizar ações de enfermagem relativas aos cuidados específicos a grupos especiais, segundo a programação local.

Todas estas ações devem ser discutidas e trabalhadas em equipe, socializando as necessidades, os dados obtidos, as opiniões técnicas, com participação da gerência para elaboração do planejamento das ações. Assim as ações desenvolvidas acontecem com responsabilidade coletiva.

Cabe ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem participar do acompanhamento da saúde do adulto de acordo com projeto terapêutico estabelecido, realizando atendimento de enfermagem individual ou em grupo conforme prescrição do enfermeiro.

2.3 O técnico/auxiliar de enfermagem e a assistência à saúde da mulher

A enfermagem de forma acolhedora atende os diversos ciclos de vida, tanto de forma individual, quanto coletiva, buscando prevenir doenças, promover saúde e melhorar a qualidade de vida da população. Um dos focos de atenção é a mulher, compreendida no contexto social, cultural e econômico no qual está inserida.

Com a mudança do papel da mulher na sociedade brasileira, passando ela a fazer parte da classe trabalhadora e muitas vezes como chefe de família, houve também uma mudança em termos comportamentais e hábitos e com isso uma maior expectativa de vida.

Essa mudança alterou também as necessidades da mulher em suas diferentes fases da vida, no que se refere à promoção e recuperação da saúde, o que nos leva a estabelecer novos critérios para melhor desenvolvermos nossas atividades enquanto profissionais de saúde da Atenção Básica.

A Atenção Básica atende a mulher da infância, perpassando a puberdade, a adolescência, a fase reprodutiva e à mulher idosa. As especificidades que caracterizam o atendimento na Saúde da Mulher estão voltadas à saúde ginecológica – prevenção do câncer ginecológico (colo de útero e mamas), planejamento familiar, ciclo gravídico puerperal, climatério e imunização.

É importante que os profissionais e gerentes locais conheçam a situação epidemiológica da comunidade, suas demandas e sua condição de vida para a organização das ações básicas.

O Técnico/Auxiliar de Enfermagem como parte integrante da equipe de saúde, deve participar de todas as atividades assistenciais de acordo com os projetos de atenção à saúde da unidade, tanto no atendimento individual quanto no coletivo, bem como, desenvolver, participar e apoiar as ações educativas relacionadas à saúde da mulher nas diversas fases do ciclo evolutivo, visando à promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde, atendendo às prescrições do enfermeiro.

O atendimento de enfermagem na infância e adolescência está inserido no manual saúde da criança/adolescente dessa Secretaria. Salientamos a gravidez na adolescência onde a abordagem deve ser criteriosa, comentada neste capítulo.

Assistência de enfermagem à mulher na prevenção do câncer de colo uterino e mamas

O câncer de colo uterino, um dos agravos que ainda causa mortes nas mulheres brasileiras é totalmente evitável, uma vez que existem ações para seu controle e tecnologias para o diagnóstico e tratamento de lesões neoplásicas e pré-neoplásicas que permitem a cura quando detectadas precocemente.

Todas as unidades de saúde devem disponibilizar a realização do exame de Papanicolaou ou Citologia Oncótica, pois é o meio mais eficaz para a detecção precoce das lesões iniciais provocadas pelo agente do câncer de colo de útero e têm baixo custo.

Paralelamente, a unidade de saúde deve realizar ações de busca ativa, sensibilização e educação em saúde para a **prevenção do câncer ginecológico** através da **coleta de Papanicolaou**, onde a equipe de enfermagem tem um papel de suma importância.

Um fator importante na ação educativa na prevenção de câncer de colo está na sensibilização para uso de preservativos durante a relação sexual, prática que evita o contágio pelo Papiloma Vírus Humano (HPV), vírus que tem impacto importante no desenvolvimento das lesões precursoras.

O exame de Papanicolaou é considerado o procedimento mais efetivo e eficiente a ser aplicado no rastreamento do câncer cérvico uterino, é uma técnica realizada há mais de 40 anos. (PINHO; FRANCA-JUNIOR, 2003).

A coleta cérvico vaginal, tem objetivo de detectar lesões neoplásicas ou pré-neoplásicas e alguns processos de outra natureza, como parasitas e proces-



sos inflamatórios.

A coleta do material é realizada pelo Enfermeiro (Resolução COFEN-nº 385/2011) ou pelo Médico, auxiliado pelo Técnico/Auxiliar de Enfermagem – de acordo com o perfil e dinâmica da unidade, seguindo orientações/prescrição do Enfermeiro:

Atribuições: Técnico/Auxiliar de Enfermagem

- Organizar e preparar a sala de coleta de material para Papanicolaou;
- Coleta de dados de identificação da usuária
- Registrar em impresso próprio os exames coletados / livro de Papanicolaou
- Organizar e acondicionar o material para envio ao laboratório de referência
- Quando solicitado, apoiar o profissional durante o procedimento de coleta
- Conferir, registrar e enviar o material coletado (lâmina) para laboratório de referência.
- Informar à usuária sobre a data da retirada do resultado do exame e marcação do retorno à consulta enfermagem /medica.

Além da realização do exame de Papanicolaou, a mulher deve ser estimulada a realizar o auto exame das mamas, uma vez que o câncer de mama é um dos mais frequentes em incidência e mortalidade no sexo feminino.

O Técnico/Auxiliar de enfermagem é um educador em saúde e é muito importante que esteja preparado para atuar na prevenção e detecção precoce do câncer de colo uterino e de mamas, cabendo-lhe:

- Estimular e captar as mulheres, principalmente as de vida sexual ativa, para a realização do exame de Papanicolaou e de mamas;
- Orientar sobre a importância da realização periódica do exame, assim como o auto exame de mamas como método de prevenção.

Assistência de enfermagem no planejamento familiar

Para garantir uma assistência integral à mulher, ao homem ou ao casal, é necessária uma assistência em contracepção com oferta de todos os métodos anticoncepcionais possíveis, bem como o conhecimento de suas indicações e implicações de uso. A educação em saúde, neste caso, deve oferecer todos os elementos necessários para uma escolha consciente do método que melhor se adapte à eles, incluindo o acompanhamento clínico-ginecológico, independente do método escolhido.

Por meio de ações educativas e preventivas favorecemos o acesso do usuário às informações sobre a sexualidade e a fecundidade, proporcionando esclarecimentos sobre os métodos contraceptivos e o planejamento familiar, permitindo que se desenvolva a capacidade crítica das mulheres, fato que resulta em maior autonomia nas decisões sobre assuntos reprodutivos.

Levando em consideração o início cada vez mais precoce das relações sexuais, o aumento das DSTs/AIDS, o número elevado de partos entre adolescentes e, que a atividade sexual desprotegida pode comprometer a saúde, fica claro a necessidade de desenvolvermos ações de promoção, prevenção, proteção à saúde também para a população desta faixa etária.

Cabe ao Técnico/Auxiliar de enfermagem:

- Orientar as mulheres, homens e famílias sobre a existência e o funcionamento do serviço de Planejamento Familiar na unidade;
- Orientar sobre a importância do Planejamento Familiar;
- Estimular as mulheres e homens com vida sexual ativa para participarem do Planejamento Familiar;
- Agendar os usuários para a participação nos grupos educativos;
- Dar ênfase à parte educativa para estimular mudança de atividade e comportamento;
- Informar intercorrências ao médico e/ou enfermeiro da equipe.

OBSERVAÇÃO

O SUS garante ao adolescente as ações e os serviços de saúde. O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Ver Art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Dessa forma, o adolescente tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento.

A exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável (M.S., 2005).

Diagnóstico de gravidez confirmado



Técnica para verificação do TESTE IMUNOLÓGICO DE GRAVIDEZ URINÁRIO

- Ver Manual de Normas e Rotinas SMS-SP, 2015.

Imprescindível:

- Anotar o resultado do procedimento no prontuário – Resolução COFEN 429/2012
- Atender os critérios de biossegurança

Quanto ao ciclo gravídico-puerperal o primeiro momento está no **diagnóstico da gravidez**. A mulher procura pelos serviços de saúde da unidade, muitas vezes não tendo a certeza da gravidez.

Frente esta dúvida, o acolhimento deve encaminhá-la para uma consulta de Enfermagem ou Médica. Conforme o período de amenorreia informado, será solicitado detecção da gravidez.

O Técnico/Auxiliar de Enfermagem deve orientar a usuária quanto ao procedimento a ser realizado; fornecer-lhe o recipiente adequado; receber o material e proceder à realização do exame em local apropriado; seguir a orientação do manual de normas e rotinas, 2015. Anotar no prontuário o resultado (atendendo a Resolução 429/2012 + 191/1996 – COFEN). Encaminhar para o enfermeiro. A comunicação do resultado positivo ou negativo deve seguir o protocolo SMS-SP.

Assistência de enfermagem à mulher e ao homem na gestação

Os técnicos/auxiliares de enfermagem como integrantes da equipe de saúde, devem estar preparados para aproveitarem a oportunidade de contato com a mulher nesse período e atuarem na prevenção e controle dos riscos à saúde na gestação.

Percebe-se, com esta abordagem, a oportunidade de vincular o homem às atividades individuais ou em grupo nas unidades de saúde, com as quais ele será incentivado a refletir sobre temas relacionados à masculinidade e saúde, gênero, paternidade e cuidado, hábitos saudáveis de vida, prevenção de violência e acidentes, direitos legais dos pais e parceiros.

Deve ficar claro que a presença do homem é bem-vinda em todas as consultas de pré-natal, assim como nas atividades em grupo desenvolvidas com as gestantes, valorizando sua capacidade como cuidador, escutando suas demandas e sugestões, oferecendo apoio e incentivando-os a cuidar da própria saúde.

Sendo assim é competência do Técnico/Auxiliar de enfermagem:

- Identificação e encaminhamento precoce (1º trimestre) das gestantes para o pré-natal na Unidade de Saúde
- Acompanhamento do pré-natal, sinais e sintomas de risco para gestação e nutrição
- Incentivo e preparo para o aleitamento materno; preparo para o parto
- Ações educativas individuais e coletivas com as gestantes e seus familiares, sobre os diversos temas da assistência pré-natal
- Orientações e acompanhamento do estado vacinal das gestantes
- Assistência de enfermagem às gestantes no domicílio, de acordo com o projeto terapêutico estabelecido pela equipe
- Prestação de assistência de enfermagem à puérpera e ao recém-nascido
- Cadastramento das gestantes
- Vacinação antitetânica
- Convocação no caso de exames alterados.
- Controle de faltosos
- Realização de visita domiciliar de acordo com o projeto terapêutico estabelecido e Sistematização Ações de Enfermagem feita pelo enfermeiro
- Participar junto com a equipe de grupos de orientação à gestante.

Para a realização de um pré-natal e assistência adequada, é essencial que ocorra a captação da gestante o mais precocemente pela unidade de saúde.

A atenção dispensada e a qualidade deste atendimento é um fator de promoção e proteção tanto à saúde da gestante quanto à do feto. É também determinante para a detecção precoce de complicações e agravos que possam comprometer o binômio mãe/filho.

As principais complicações que podem levar à Mortalidade Materna são:

1 Eclâmpsia

2 Hemorragias

3 Infecções

A enfermagem precisa estar ciente e lembrar sempre que essas mortes podem ser evitadas.

É importante salientar a busca, na consulta, às possíveis gestante usuária de álcool, crack e outras drogas; portanto é necessário um olhar atento para:

- Investigar o padrão de uso (tipo de substância, quantidade e frequência);
- Orientar sobre os danos nocivos do uso dessas substâncias durante a gestação;
- Negociar e estabelecer conjuntamente, metas de redução de uso promovendo assim a redução de danos e quando necessário trabalhar conjuntamente com o CAPS-AD, para formular e estabelecer as melhores e mais adaptadas estratégias de redução de danos.

Assistência de enfermagem no climatério

Climatério compreende o período de transição entre a fase reprodutiva e não reprodutiva da vida da mulher e chega ao término um ano após a menopausa.

É um processo biológico natural da vida, inicia por volta dos 40 anos podendo estender-se até 55 anos ou mais. Neste período acontece a menopausa (interrupção permanente da menstruação), que é o resultado de uma deficiência hormonal e há envolvimento de fatores sociais, culturais e psicológicos decorrentes do processo de envelhecimento.

No climatério, o acolhimento deve permitir que a mulher relate seus receios, queixas e dúvidas. O profissional de saúde deve ouvi-la com respeito e realizar o apoio emocional.

O auxiliar de enfermagem, diante da mulher no climatério, deve prestar assistência em relação à promoção da saúde e à prevenção de possíveis sofrimentos, educando-a para o autoconhecimento.

O objetivo é prepará-la para enfrentar as mudanças e transtornos que vão ocorrer nesta fase da vida, assim a mulher terá oportunidade de vivenciar este período de forma mais positiva.

A educação em saúde, na perspectiva de promover a saúde para a melhoria na qualidade de vida, é uma ferramenta eficaz de intervenção dos profissionais de saúde junto às mulheres no climatério. É

necessário realizar uma assistência holística, considerando a realidade social, econômica, cultural, educacional e emocional.

O auxiliar de enfermagem deverá orientar e desenvolver, nos grupos de educação em saúde, temas relacionados a este período, tais como:

- Orientação e estímulo para atividade física regular
- Orientação sobre a necessidade de uma dieta equilibrada
- Orientação sobre a necessidade de exposição ao sol em horários não nocivos
- Orientação quanto a necessidade de participação em grupos de apoio
- Orientação quanto à prática de exercícios perineal para recuperação da pressão vesical e de todo sistema urinário
- Orientações quanto ações preventivas para o câncer de mama, ovário, colo uterino, endométrio e cólon
- Orientação quanto ao risco de gestação no período do climatério
- Realização de procedimentos voltados para o controle de diabetes, dislipidemia e alterações cardiovasculares.

2.4 O técnico/auxiliar de enfermagem e a assistência à saúde da criança

Na Saúde da Criança e do Adolescente, a Enfermagem, sobretudo, vem acompanhar o desenvolvimento infanto-juvenil e ampliar as competências e responsabilidades familiares no cuidado.

Para tanto, é necessário que toda a equipe de enfermagem tenha conhecimento sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente, as influências em suas vidas e de sua família, conhecer o Estatuto da Criança e do Adolescente - ECA, ter comunicação apropriada e ser hábil e competente ao realizar procedimentos específicos.

A qualificação dos profissionais da enfermagem para o trabalho em saúde é de extrema importância, visto que os mesmos lidam com o processo de saúde-doença em indivíduos e na sua coletividade, tornando-se imprescindível que o profissional esteja sempre em busca de conhecimento, atualizando-se de forma contínua para se apropriar da evolução das técnicas e novas práticas.



DADOS IMPORTANTES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE QUANTO AOS CUIDADOS COM A CRIANÇA

A infância é um período da vida em que ocorrem diversas modificações, particularmente físicas e psicológicas, caracterizando, de modo geral, o crescimento e o desenvolvimento da criança.

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento é considerado o eixo norteador da assistência à saúde da criança, portanto é necessário dar ênfase na vigilância de fatores que possam interferir nesse processo.

Nas Unidades de Saúde da Atenção Básica o acompanhamento das crianças é uma das ações mais importantes para a redução do coeficiente da mortalidade infantil e seus componentes, bem como para o alcance de melhor qualidade de vida. Os cuidados se iniciam no pré-natal e permeiam o nascimento, puerpério, infância e adolescência.

Entre os vários cuidados dispensados à criança pelos profissionais da enfermagem na Atenção Básica, temos a primeira visita domiciliar, que é de suma importância, pois nela se tem a oportunidade de desmistificar cuidados errôneos enraizados culturalmente, levantar dados sobre a criança e a família e permite a educação em saúde voltada aos primeiros cuidados para a criança e para a mãe.

O seguinte roteiro é sugerido:

- Parabenizar pela chegada da criança
- Perguntar como foi a experiência do parto, como se sentiu
- Observar indícios de depressão pós-parto (vide manual Saúde da Mulher) e se houve intercorrências pós-parto
- Observar a amamentação, orientando e incentivando o aleitamento materno exclusivo
- Verificar situação vacinal da mãe e da criança
- Orientar a mãe quanto a importância das informações contidas na caderneta de saúde da criança oferecida pela unidade (caderneta de vacinação)
- Orientar quanto à utilização da rede social de apoio à família
- Verificar se foram realizados os exames de triagem neonatal e levar os resultados na Consulta Médica
- Orientar sobre as peculiaridades do RN como: cólicas, cuidados com o coto umbilical, higiene, posição do RN no berço, orientando para deixá-lo sempre de barriga para cima bem como, deixar fora do berço travesseiros, brinquedos, almofadas e objetos fofos. Além disso, observar o padrão de sono, aspecto das fezes e urina, icterícia e aceitação da amamentação.

Desenvolvimento da criança

O acompanhamento do desenvolvimento biopsicossocial é ação fundamental da atenção à saúde da criança. Além da importância para promoção da saúde, desenvolvimento de potencialidades, diagnóstico e tratamento precoce de patologias, contribui para uma melhor qualidade de vida.

Acompanhar o desenvolvimento da criança nos primeiros anos de vida é de fundamental importância, pois é neste período de vida que o tecido nervoso cresce e amadurece, estando, portanto, mais sujeito à agravos. É importante estar próximo e ter os dados do crescimento da criança, pois, é também neste período, que a criança responde melhor a estímulos que recebe dos familiares, dos cuidadores e dos professores.

O desenvolvimento da criança, bem como o crescimento são influenciados também por fatores ambientais. Os dados registrados na carteira da criança, orientados pelo Ministério da Saúde, são indicadores importantes para a equipe de saúde diagnosticar necessidades e intervir para o desenvolvimento adequado aconteça. **É de extrema importância registrar os dados na carteira da criança.**

O papel dos profissionais da saúde está em realizar educação em saúde promovendo conhecimento aos familiares e à coletividade quanto aos parâmetros adequados de crescimento e desenvolvimento da criança, e, a partir deles, orientar estímulos e cuidados necessários.



Desenvolvimento pondero-estatural

A partir do 2º mês de vida, o esperado para o ganho de peso é de 18 a 30 g/dia, mas, devemos ficar atentos, pois o crescimento individual de cada criança poderá ter variações.

Quanto ao aleitamento materno, a enfermagem deverá avaliar o momento da mamada (checar ou colher informações sobre: posição, pega e fluxo de leite).

As mensurações quanto ao peso e estatura são de suma importância para se obter o diagnóstico nutricional. Estas medidas são realizadas nas consul-

tas de enfermagem, médica e no atendimento do técnico/auxiliar de enfermagem durante os grupos de puericultura.

Na técnica de pesagem é preciso garantir a retirada completa das roupas, fraldas e calçados. Para medir a estatura é necessário retirar toucas e demais acessórios.

Obs.: O escore utilizado é o gráfico em Z

Calendário vacinal da criança

O programa nacional de imunização tem como objetivo eliminar ou manter sob controle as doenças imunopreveníveis. Este programa desenvolve estratégias de cobertura com a proposta de vacinar 100% das crianças menores de um ano, com todas as vacinas elencadas no calendário básico de vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde.

É importante ressaltar o papel dos profissionais da saúde, em especial da equipe de enfermagem, em realizar a sensibilização das pessoas no sentido de possibilitar maior compreensão sobre os benefícios das vacinas para a saúde individual e coletiva.

Para tanto, é necessário desmistificar o medo das possíveis reações e as vantagens da vacinação. Outro aspecto importante na manutenção da atualização vacinal é a realização de busca ativa de faltosos, numa ação integrada com a equipe da sala de vacinas.

O primeiro ano de vida deve ser monitorado por todas as UBS, devendo ser desenvolvidas estratégias para identificar e atingir as crianças que não são vacinadas. A prevenção das doenças transmissíveis é um dos fatores determinantes da redução do Coeficiente de Mortalidade Infantil.

O estatuto da criança e do adolescente em seu artigo 7º assegura a esses indivíduos o direito a proteção a vida e à saúde, através da efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio e harmonioso, em condições dignas de existência.



As atualizações dos calendários são feitas em tempo real nos links:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/index.php?p=7313

ftp://ftp.cve.saude.sp.gov.br/doc_tec/imuni/imuni08_ntprog.pdf

http://www.cve.saude.sp.gov.br/html/imuni/pdf/imuni10_suple_norma_rev.pdf

Higiene oral

A higiene oral deve ser realizada desde o nascimento, após cada mamada e/ou refeição. Para este procedimento é indicado utilizar a ponta de uma fralda de pano ou outro tecido macio, umedecido em água filtrada ou fervida. A partir da presença do primeiro dente decíduo, continuar fazendo a higiene da boca, friccionando cuidadosamente os dentes.

Há grande variabilidade individual, considerada normal, na cronologia de erupção dos primeiros dentes chamados de “leite” ou decíduos. Alguns bebês já nascem com dentes chamados neonatais, outros, na idade de um ano, ainda poderão ser totalmente desdentados.

Dos 12 aos 36 meses já é possível limpar os dentes da criança com escovas dentais. Após esta faixa etária deve ser feita com a supervisão de um adulto de maneira mais completa.

Em localidades onde a água de abastecimento público é fluorada, esta limpeza deve ser feita só com escova e água, sem dentifrício ou com dentifrício sem flúor, pelo risco de ingestão de pasta, comum nas crianças desta faixa etária; que pode levar a fluorose.

Entre 3 a 7 anos após a criança ter escovado os próprios dentes, os pais deverão complementar esta higienização.

Evitar mamadas na madrugada, principalmente mamadeiras açucaradas e mesmo o leite materno, principalmente em crianças maiores de um ano; a oferta inoportuna de alimentos desencadeia risco de aspiração, obesidade e “cárie de mamadeira” de difícil tratamento e controle.



Aleitamento

A organização Mundial da Saúde preconiza o aleitamento materno exclusivo, sem receber outro líquido ou sólido, exceto vitaminas, complemento minerais ou medicamentos nos primeiros 6 meses de vida. O Brasil assumiu oficialmente esta recomendação.

O leite materno é importante para o crescimento e desenvolvimento da criança e para prevenir os agravos nutricionais. Oferece proteção às crianças, pois evita que a mesma receba leite muito diluído ou muito concentrado por um preparo inadequado. É fonte de economia para a família e, quando exclusivo, também previne desnutrição e o desmame precoce.

Outros fatores de vantagens do aleitamento materno estão na proteção da criança contra infecções, principalmente do aparelho digestivo, pois retarda a exposição a possíveis contaminações alimentares em ambientes desfavoráveis. Diminui a probabilidade de processos alérgicos decorrentes da exposição precoce às proteínas do leite de vaca. É um alimento fisiologicamente perfeito para a criança.

A sucção auxilia no desenvolvimento adequado da cavidade oral e conformação do palato duro, contribui para prevenir o respirador bucal e as infecções respiratórias, reduz os riscos da mãe desenvolver câncer de mama. Contribui para melhora da relação afetiva mãe e filho.

A educação em saúde para o aleitamento materno deve iniciar-se no pré-natal. No puerpério a enfermagem deve incentivar as mães e apoiá-las ajudando e estimulando o início precoce da amamentação de forma que a mãe adquira autoconfiança em sua capacidade de amamentar. A unidade de saúde deve realizar grupos de apoio à amamentação e para estimular a manutenção da amamentação após o término da licença maternidade.

Pontos a serem salientados:

- A maioria das mulheres produz leite em quantidade e qualidade adequadas
- Na higienização das mamas não utilizar sabonetes, cremes ou óleos. Fazer a limpeza somente com água
- A unidade deve ter uma orientação padrão quando à proteção dos mamilos (receber sol/sutiã adequado)
- É contraindicado o uso de chás, águas, leite e fórmulas lácteas e/ou outros alimentos, exceto em casos clinicamente indicados
- Os pais, avós e cuidadores devem ser orientados quanto a importância do aleitamento materno
- A Organização Mundial da Saúde recomenda aleitamento materno por dois anos ou mais, sendo exclusivo nos primeiros seis meses
- O desmame não é um evento e sim um processo. A transição deve ser tranquila, menos estressante para a mãe e a criança. “Quando uma criança é forçada a entrar em um estágio antes de estar pronta, corre o risco de afetar o seu desenvolvimento emocional”.

Introdução alimentar

O processo de desmame é caracterizado pela introdução de novos alimentos, além do leite materno. Quando este ocorre antes do 4º mês de vida da criança denomina-se desmame precoce.

Introdução da alimentação

Recomendações gerais

Iniciar um alimento de cada vez, verificando aceitação da criança, evitar misturas de frutas em sucos ou papas, pois se houver intolerância não saberemos o que provocou.

Respeitar os hábitos alimentares da família, desde que não haja privação de alimentos benéficos para a saúde da criança, como nos tabus alimentares.

Orientar quanto ao equilíbrio nutricional, oferecendo alimentos dos três grupos:

- Construtores/proteicos (carnes, ovos, leguminosas como feijão e grãos)
- Reguladores (verduras, legumes e frutas, fontes de fibras e vitaminas) e
- Energéticos (carboidratos e gorduras)

Dar extrema importância à higiene quanto ao preparo e conservação dos alimentos (lavagens das mãos, dos utensílios de cozinha, da desinfecção de mamadeiras, lavagem de verduras e frutas, fervura, limpeza da geladeira, etc.).



Alimentação em crianças amamentadas até o 6º mês

Geralmente a introdução dos novos alimentos se inicia no 6º mês.

É introduzida a refeição de frutas (suco ou frutas raspadas/amassadas), água e a refeição de “sal”, em substituição a uma das mamadas

A forma líquida e o sabor naturalmente adocicado são de mais fácil aceitabilidade pela criança, além das frutas serem boa fonte de vitaminas e minerais

Quando a criança já estiver habituada ao suco, podem-se oferecer as frutas na consistência pastosa (papas), sempre uma fruta por vez, verificando-se a aceitabilidade da criança

Após o 6º mês, é introduzida a refeição de sal, sob a forma de papa, que é oferecida na hora do almoço, em substituição a uma das mamadas

Quando a criança estiver bem adaptada à rotina do almoço, introduzir a 2ª refeição de “sal” (jantar) a partir do 7º mês, verificando a aceitabilidade

Alimentação artificial

Nos casos em que o aleitamento materno não é possível (trabalho, doença, óbito materno, adoção) podem ser utilizadas as fórmulas lácteas.

A água utilizada deve sempre ser filtrada e fervida.

O leite de vaca (líquido) deve ser bem fervido durante 3 minutos, para esterilização e desnaturação das proteínas, facilitando a digestão.

No caso do leite em pó, não ferver após a diluição, para não alterar o valor nutritivo, ferver primeiro a água e depois adicionar o pó.

Alimentação artificial nos quatro primeiros meses de vida

- O leite de vaca (líquido) tipo integral deverá ser diluído em duas partes de leite para uma parte de água fervida, com a finalidade de diminuir a carga exagerada de solutos e sais presentes no leite.
- As peças de encaixe de mamadeiras, assim como a mamadeira (garrafa), devem ser muito bem lavadas e escovadas com detergente em água corrente. A seguir devem ser esquentadas para desinfecção e guardadas em recipiente tampado, de preferência em geladeira, sendo desinfetadas novamente a cada uso. Manter o furo original para que a criança faça força ao sugar, mantendo os exercícios bucais.

Após os quatro meses de vida

- Oferecer fórmulas lácteas ou leite de vaca (líquido) integral sem diluição.
- O fato de a criança estar com fezes firmes é um sinal que o preparo do leite e alimentos está bom, sem agressões microbianas ao seu intestino (o que levaria as diarreias).

Leite em pó integral

- Seguir as orientações do fabricante para o preparo
- A criança em aleitamento artificial deve receber uma quantidade maior de água, entre as mamadas, sob a forma pura, fervida, em chás ou sucos, devido à carga elevada de sais presentes no leite de vaca.

Ver no manual Saúde da Criança e do Adolescente (SMS-SP, 2015) os passos importantes para a alimentação até 10 anos de idade.



2.5 O técnico/auxiliar de enfermagem e a assistência à saúde do adolescente

A Adolescência acontece na segunda década da vida. É um período de transição onde ocorrem intensas mudanças físicas, psicológicas e sociais, e consolida-se sua integração no ambiente social. É neste período que criança é preparada para a função biológica da reprodução - a puberdade, que são as transformações físicas ocorridas durante o período da adolescência.

No atendimento ao adolescente é importante estar atento ao seu processo de crescimento e desenvolvimento, bem como observar sua vulnerabilidade aos inúmeros agravos físicos, psíquicos e sociais. A enfermagem poderá identificar os fatores que podem proteger o adolescente e ao observar os possíveis riscos, agir para poder afastá-los. Este é um momento em que a educação em saúde tem um papel muito importante.

A maturidade física pode não acompanhar a maturidade psicológica. Este fato pode levar o adolescente a expor-se ou a colocar-se em situações de risco, tais com: uma gravidez indesejada, contato com doenças sexualmente transmissíveis, experiências sexuais ruins, bem como situações de abuso sexual ou violência.

Os cuidados a serem ofertados nesta fase da vida devem ter olhares e ações Interdisciplinares, Intersetoriais e Interinstitucionais, voltadas para a prevenção e promoção da saúde, para o atendimento local e para o encaminhamento de situações e problemas específicos desta faixa etária.

No período da adolescência, dependendo do ambiente vivido, a própria condição de ausência de oportunidade para refletir, construir um projeto de vida e concretizá-lo, pode colocar qualquer adolescente em situações de risco, independentemente, de sua situação social.

DADOS IMPORTANTES PARA A EDUCAÇÃO EM SAÚDE QUANTO AOS CUIDADOS COM O ADOLESCENTE

É na puberdade que se inicia o aparecimento dos caracteres sexuais secundários: broto mamário no sexo feminino, aumento dos testículos no sexo

masculino e desenvolvimento dos pelos pubianos em ambos os sexos. Termina com o completo desenvolvimento físico, parada do crescimento, que se constata pela soldadura das cartilagens de conjugação dos ossos longos e aquisição da capacidade reprodutiva, em vista do amadurecimento das gônadas. (VILELA; FUGIMORE, 2009).

Crescimento Pôndero-estatural

- Os adolescentes durante a puberdade ganham cerca de 20% de sua estatura final e 50% de seu peso adulto. Ao rápido crescimento em estatura, característico desta fase, dá-se o nome de estirão puberal
- Recomenda-se a avaliação antropométrica (peso, altura e avaliação nutricional) anualmente até o final da adolescência e com maior frequência se detectado algum problema (baixa estatura, baixo peso, sobrepeso e obesidade).
- Segundo o Manual de Vigilância Alimentar e Nutricional do Ministério da Saúde, recomenda-se o uso do Índice de Massa Corporal (IMC)/Idade.

Maturação sexual

Sexo feminino



A primeira manifestação é o surgimento do broto mamário, em média aos 9 anos, que pode ser doloroso e unilateral, demorando até 6 meses para o crescimento do contralateral. No mesmo ano há o aparecimento dos pelos pubianos.

Aproximadamente aos 10 anos de idade começam a aparecer os pelos axilares acompanhados pelo desenvolvimento das glândulas sudoríparas, o que pode proporcionar o odor característico do adulto.

A primeira menstruação, denominada menarca, pode vir prescindida de uma secreção vaginal clara. A idade média para a menarca gira em torno de 12 anos aproximadamente

Os primeiros ciclos menstruais geralmente são anovulatórios e irregulares, por até 3 anos pós menarca

Após a menarca, a adolescente pode crescer em média 7 cm.

Sexo masculino



A primeira manifestação de maturação sexual é o aumento do volume testicular, por volta dos 10 anos. O crescimento peniano ocorre geralmente um ano após o crescimento dos testículos, sendo que primeiro o pênis cresce em comprimento e depois em diâmetro.

Os pelos pubianos aparecem em torno dos 11 anos, em seguida são os pelos axilares, faciais e os do restante do corpo.

A primeira ejaculação denominada espermarca, ocorre em média aos 12 anos, e a mudança da voz acontece mais tarde.

No adolescente masculino é comum identificar entre os 13 e 14 anos, a ginecomastia púbere (aumento do tecido mamário), frequentemente bilateral, com consistência firme e móvel e, às vezes pode ser bem doloroso. Regredir espontaneamente em até 2 anos. Quando não involui em 24 meses, deverá ser avaliada pelo médico da equipe/unidade para possível encaminhamento.

A polução noturna é a ejaculação noturna involuntária, ou seja, saída de sêmen durante o sono, decorrente de um estímulo cerebral para sonhos eróticos que levam ao orgasmo.

É um evento fisiológico normal, mas às vezes pode causar constrangimentos e dúvidas aos adolescentes, que devem ser orientados e tranquilizados pelo enfermeiro ou outro profissional da equipe.

Alimentação na adolescência

Na adolescência, por ser um período de transição entre a infância e a idade adulta, os fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais irão interferir diretamente, na formação dos hábitos alimentares.

A nutrição está diretamente, relacionada ao bom desenvolvimento do adolescente. Desta forma, uma dieta inadequada influenciará desfavoravelmente, no crescimento e na maturação. Outro fator que influencia as necessidades nutricionais é a realização de exercício físico.

Atualmente, a preferência dos adolescentes por lanches rápidos, substitutos das grandes refeições e principalmente do jantar, geralmente favorece o desequilíbrio na dieta. A combinação dos alimentos nem sempre é variada, resultando em cardápios muito calóricos e pouco nutritivos.

A associação entre este estilo de vida pouco saudável e o surgimento do elevado número de pessoas com sobrepeso e/ou obesidade, com o aumento de doenças crônico-degenerativas (hipertensão arterial, diabetes, alteração nos níveis de colesterol e triglicérides, doenças cardiovasculares e cerebrovasculares), constitui-se um problema prioritário de saúde pública, inclusive no grupo etário de crianças e de adolescentes.

Para realizar a avaliação nutricional de adolescentes, o método mais adequado é o índice de massa corporal (IMC), que se encontra no gráfico **IMC por idade em escore Z**.

AS ATUALIZAÇÕES DOS CALENDÁRIOS SÃO FEITAS EM TEMPO REAL NOS LINKS:

http://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/saude/vigilancia_em_saude/vacinacao/index.php?p=7313

Gravidez na adolescência

Segundo dados do Ministério da Saúde o número de partos no Brasil vem decrescendo nestes últimos 5 anos, chegando em 2007 a 23% de partos realizados na faixa etária entre 15 a 19 anos e 1% de 10 a 14 anos. Este fato deve-se à intensificação das campanhas em relação ao uso de preservativo, disseminação de informação quanto aos métodos anticoncepcionais e um maior acesso da população aos serviços de saúde.

Mas, a gravidez na adolescência continua sendo um fator preocupante, pois é uma situação de risco.

As consequências da gravidez serão agravadas de acordo com a idade, paridade, aderência ao pré-natal, ganho ponderal e fatores psicológicos, socioeconômicos e culturais da adolescente.

Obs.: O SUS garante ao adolescente as ações e os serviços de saúde. O adolescente, desde que identificado como capaz de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo, tem o direito de ser atendido sem a presença dos pais ou responsáveis no ambiente da consulta, garantindo-se a confidencialidade e a execução dos procedimentos diagnósticos e terapêuticos necessários. Ver Art. 3º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA).

Dessa forma, o adolescente tem o direito de fazer opções sobre procedimentos diagnósticos, terapêuticos ou profiláticos, assumindo integralmente seu tratamento.

A exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável (M.S., 2005).

Maternidade e Paternidade para os adolescentes

A experiência da gravidez na adolescência pode, no olhar da adolescente, não ser vivenciada como um problema, dependendo das circunstâncias em que ocorre.

A falta de perspectiva em relação à vida pode tornar a gravidez e conseqüentemente, à maternidade um projeto de vida, e a possibilidade de mudança de status no meio familiar de origem e ingresso na vida adulta.

A paternidade para esses jovens pode promover a sua ascensão à vida adulta, redefinindo sua identidade de “homem sério e maduro” especialmente, entre familiares uma vez que assumem o papel de Chefe de Família.

Dicas para o Atendimento de adolescentes grávidas

Assumir uma postura acolhedora e compreensiva frente a adolescente, acompanhada ou não de seus familiares e inserindo-a nos programas da Unidade Básica de Saúde.

Estimular a participação do pai da criança durante todo o pré-natal, desde consultas até grupos, exames, etc.

Enfatizar a necessidade do cuidado com a saúde reprodutiva a fim de prevenir uma segunda gravidez não desejada e DSTs/Aids.

Não rotular os adolescentes como incapazes de cuidar de uma criança.

Encaminhar os adolescentes para atividades culturais, esporte, lazer, etc.

Orientar os familiares para uma postura menos recriminatória e punitiva

Orientar a necessidade do apoio familiar ao invés de assumir a função do adolescente como pais.

Ficar atento à expressão corporal que pode dizer muito sobre a adolescente.

Apoiar a adolescente, quanto ao medo de revelar a gravidez para os familiares.

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=33728&janela=1



Capítulo 3

Cuidados e
Intervenções
Educativas nas
Doenças Crônicas:
Hipertensão Arterial
Sistêmica e
Diabetes Melito



3.1 Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Melito (DM)

A Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) e o Diabetes Melito (DM) fazem parte das Doenças Crônicas.

Hoje essas doenças são consideradas uma epidemia, constituindo um grave problema de Saúde Pública, tanto nos países ricos quanto nos países de média e baixa renda.

Por isso, este capítulo tem como objetivo orientar as ações de enfermagem dando ênfase na assistência às pessoas com Hipertensão Arterial Sistêmicas e Diabetes Melito.

***Taxa de prevalência: é a medida de frequência de ocorrência de alguma doença. Mede quantas pessoas estão doentes num determinado espaço e tempo.**

3.1.1 Epidemiologia e taxa de prevalência

Prevalência

A taxa de prevalência* da Hipertensão Arterial Sistêmica (HA) na população urbana adulta brasileira oscila entre 22,3% a 43,9%, dependendo do município.

No caso do Diabetes Melito (DM), estima-se atualmente que 11% da população brasileira é acometida por essa disfunção na faixa etária igual ou superior a 40 anos.

Fonte: Caderno de Atenção Básica nº 16 – Ministério da Saúde -2006

NO BRASIL A METADE DOS DIABÉTICOS E/OU HIPERTENSOS NÃO SABEM DA SUA CONDIÇÃO.

Em relação ao **DM tipo 2**, observa-se características epidêmicas importantes e a previsão para 2025 é que haja em torno de 500 milhões de diabéticos no mundo, dos quais 75% estarão nos países em desenvolvimento.

QUADRO 1

Estimativa mundial em milhões DM para o período de 2011 a 2030 na faixa etária de 20 a 79 anos

	2011	2030
DM2	366	552

Fonte: International Diabete Federation 2011

3.2 Diabetes Melito

Diabetes Melito (DM) é uma doença caracterizada pela falta de insulina e/ou incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica.

Fisiopatologia do Diabetes Melito

O pâncreas secreta Insulina, hormônio responsável pela regulação da glicose sanguínea, também chamada de glicemia. Para que as células possam realizar suas atividades é necessário que a glicose esteja disponível. A disponibilidade da glicose para a célula é ofertada pela insulina, que quando acionada “abre” a membrana celular para a entrada da glicose.






Quando a insulina é produzida em pequena quantidade ou não é produzida, a glicose sanguínea não consegue “entrar” nas células, ficando concentrada no sangue, a este fenômeno damos o nome de Hiperglicemia.

O pâncreas também produz o Glucagon que é o hormônio antagonista da insulina, quando a concentração de glicose no sangue esta muito baixa, o glucagon liberado pelo pâncreas, quebra o glicogênio hepático liberando a glicose para circulação, regulando desta forma a glicemia sanguínea.

Atualmente são três os critérios utilizados para diagnósticos do DM:

- 1** Sintomas clássicos de diabetes (*poliúria, polifagia, polidipsia, perda ou ganho de peso e fadiga*) e valores de glicemia iguais ou superiores a 200mg/dl, independente do horário de refeição, a qualquer hora do dia;
- 2** Sintomas clássicos de diabetes e valores de glicemia em jejum igual ou superior entre 100 a 125mg/dl (para jejum de 8 horas) conhecido como glicemia de jejum alterada;
- 3** Chamamos de tolerância diminuída a glicose, aos indivíduos que em jejum apresentarem glicemia ≤ 126 mg/dl ou aqueles que receberem sobrecarga de 75g de glicose via oral e após 2 horas a glicemia encontrar-se entre os valores de 140 a 199mg/dl.

SINTOMAS CLÁSSICOS DE DIABETES MELITO

	POLIURIA	Urinar muitas vezes
	POLIFAGIA	Muita fome
	POLIDIPSIA	Muita sede
	PERDA OU GANHO DE PESO	Diminuir ou aumentar peso corpóreo
	FADIGA	Desanimo, fraqueza, cansaço físico

3.2.1 Tipos de Diabetes Melito

Devemos lembrar que existem dois tipos principais de diabetes: **tipo 1 e tipo 2**.

O **DM tipo 1** acomete principalmente, as crianças e os adolescentes. No momento do diagnóstico, o organismo apresenta cerca de 85% das células beta do pâncreas destruídas, levando a deficiência absoluta de insulina. Portanto, faz-se necessário a inclusão da insulina desde o início do tratamento.

O **DM tipo 2** tem uma associação genética importante, assim como, associando-se a fatores ambientais e ao estilo de vida. Caracteriza-se por apresentar resistência à insulina e deficiência relativa na secreção de insulina.

A maioria dos usuários tem excesso de peso sendo esse o tipo mais frequente de diabetes

O **Diabetes gestacional** é a diminuição da tolerância a glicose, diagnosticada pela primeira vez na gestação e podendo, ou não, persistir após o parto. O diabetes gestacional pode aparecer na gravidez, sobretudo se a mulher:

- Tem mais de 30 anos;
- Tem parentes próximos com diabetes;
- Teve filhos pesando mais de 4 Kg ao nascer;
- Teve abortos ou natimortos;
- Obesa ou aumentou muito de peso na gestação.

3.2.2 Pré-Diabetes ou Risco aumentado para diabetes

Essa condição clínica encaixa-se, modernamente, sob o título de categorias de risco aumentado para diabetes e engloba as condições anteriormente denominadas “glicemia de jejum alterada” e “tolerância diminuída à glicose”.

Vários estudos em diferentes partes do mundo apontam para as modificações do estilo de vida, como sendo um fator decisivo para a prevenção do DM.

O desenvolvimento de hábitos de vida mais saudáveis como dieta balanceadas ricas em fibras, peso corporal adequado e a associação de atividade física de, no mínimo 150 minutos semanais, são capazes de reduzir em aproximadamente 58% o risco de diabetes em usuários pré-dispostos.

(Fonte: Conduta terapêutica no Diabetes tipo 2: Algoritmo SBD 2014)

3.2.3 Rastreamento de Diabetes Melito tipo 2

Está recomendado o rastreamento de diabetes em adultos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80 mmHg, o que não se aplica a outros critérios como obesidade, história familiar nem faixa etária.

A prevalência da diabetes do tipo II está aumentando – aproximadamente, em 7% da população adulta brasileira lidera como causa de cegueira, doença renal e amputação e expõe a um aumento de mortalidade, principalmente por eventos cardiovasculares.

É possível por meio do rastreamento da diabetes, nas pessoas com elevação dos níveis pressóricos (acima de 135/80 mmHg), reduzir a incidência de mortalidade e dos eventos cardiovasculares, por meio de um rigoroso controle da pressão arterial.

Há evidências convincentes de que, com o controle intensivo da glicemia em pessoas com diabetes clinicamente detectada (situação oposta ao detectado pelo rastreamento), pode-se reduzir a progressão dos danos microvasculares que ela proporciona. Contudo, os benefícios desse controle rigoroso da glicemia sobre os resultados clínicos dos danos microvasculares, tais como, dano visual severo ou estágio final de doença renal, levam anos para se tornarem-se aparentes. Assim, não existe evidência convincente de que o controle precoce da diabetes como consequência do rastreamento adicione algum benefício aos resultados clínicos microvasculares quando comparados com o início do tratamento na fase usual de diagnóstico clínico. Ainda não há provas de que o controle rigoroso da glicemia reduz significativamente, as complica-

ções macrovasculares, tais como, infarto do miocárdio e derrames. Encontrou-se evidências adequadas de que os danos a curto prazo, como a ansiedade, são pequenos. Os efeitos a longo prazo da rotulação e tratamento de uma grande parte da população como sendo diabética é desconhecido, porém, é notório que o estigma da doença, a preocupação com as complicações conhecidas e a perda de confiança na própria saúde (Starfield, 2008), assim como a demanda por mais exames, podem trazer prejuízos à população e aos serviços de saúde.

Como realizar?

Por meio da coleta de sangue para glicemia de jejum de pelo menos oito horas.

Como interpretar o resultado?

Pessoas com uma glicemia de jejum superiores a 126 mg/dl devem realizar confirmação do resultado com nova coleta dependendo do segundo resultado, serem diagnosticadas com Diabetes Melito. A meta de tratamento para as pessoas diabéticas é alcançar uma hemoglobina glicosilada em torno de 7%. Geralmente, isso corresponde a uma glicemia de jejum menor que 140 mg/dL. Porém, conforme orientação descrita acima, o grande benefício do tratamento está em manter-se um controle mais rigoroso dos níveis pressóricos, ou seja, uma pressão arterial menor ou igual a 135/80. Dessa forma, pode-se reduzir a morbimortalidade cardiovascular nesses usuários.

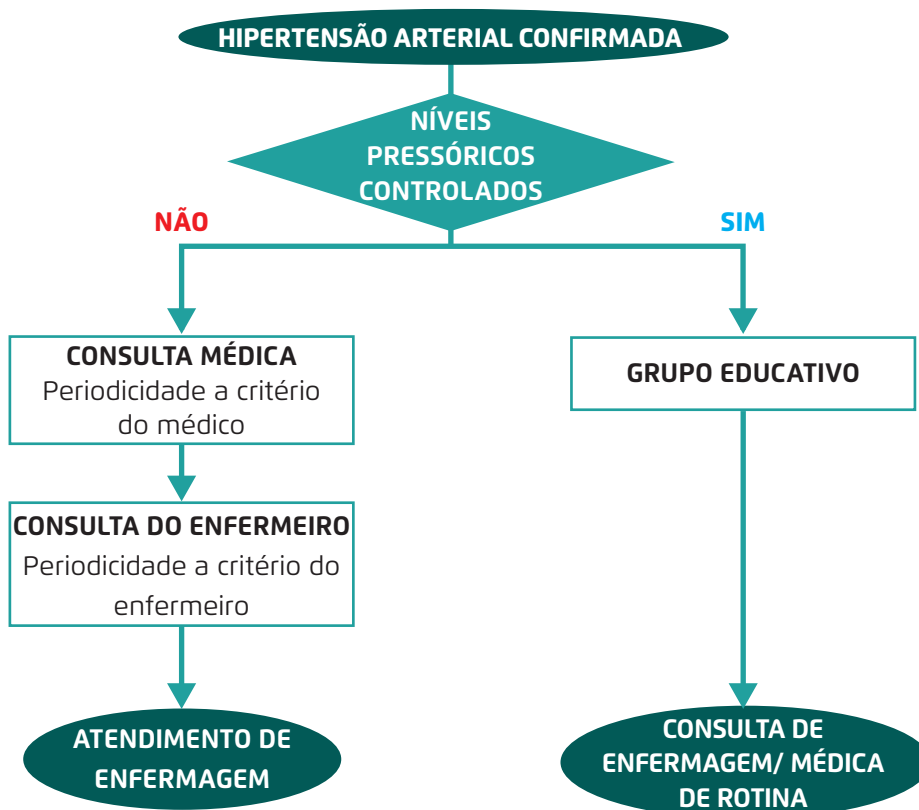
Caderno de Atenção Primária – Rastreamento – nº 29 – MS 2010

3.3 Hipertensão Arterial

A Hipertensão Arterial é uma condição clínica multifatorial caracterizada pela elevação da pressão arterial sistêmica. Está associada frequentemente, a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas.

Segundo as VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, o diagnóstico de hipertensão arterial para maiores de 18 anos, ocorre quando a pressão arterial **sistólica** é maior que 140 mmHg e a **diastólica** maior que 90 mmHg, após a realização de três medidas de PA em momentos diferentes.

3.3.1 Fluxograma de acompanhamento do portador de hipertensão arterial



Observações:

O atendimento de enfermagem é realizado pelo Técnico/Auxiliar de Enfermagem (verificação da pressão arterial e orientações). A periodicidade deve ser estabelecida pela equipe.

A hipertensão arterial não tem cura, mas pode ser controlada através de tratamento medicamentoso e não medicamentoso, como hábitos saudáveis de vida.

QUADRO 2

ESTRATIFICAÇÃO DOS NÍVEIS PRESSÓRICOS

CLASSIFICAÇÃO DE PA	P. SISTÓLICA MMHG	P. DIASTÓLICA MMHG
ÓTIMO	<120	<80
NORMAL	< 120-129	< 80-84
HAS Limítrofe	130-139	85-89
HAS Estágio 1	140-159	90-99
HAS Estágio 2	160-179	100-109
HAS Estágio 3	≥ 180	≥110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

QUADRO 3

RECOMENDAÇÃO DE ACOMPANHAMENTO COM BASE NA AFERIÇÃO DA PA INICIAL
AVALIAÇÃO E REAVALIAÇÃO DO ENFERMEIRO

ÓTIMO	REAVALIAR EM DOIS ANOS
NORMAL e HAS Limítrofe	Reavaliar em 1 ano nas pessoas sem a presença de outros fatores de risco para DCV
	Reavaliar em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas na presença de outros fatores de risco para DCV
HAS Estágio 1	Reavaliar em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas na presença de outros fatores de risco para DCV
HAS Estágio 2	Reavaliar em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas nas pessoas sem sintomatologia de crise hipertensiva. CONSULTA MÉDICA nas pessoas com sintomatologia de crise hipertensiva
HAS Estágio 3	CONSULTA MÉDICA Reavaliar em 1 ano nos adultos jovens sem outros fatores de risco para DCV
HIPERTENSÃO SISTÓLICA ISILADA	CONSULTA MÉDICA Reavaliar em mais dois momentos em um intervalo de 1 – 2 semanas nos adultos jovens na presença de outros fatores de risco para DCV CONSULTA MÉDICA nos indivíduos idosos

FFonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia / Sociedade Brasileira de Hipertensão / Sociedade Brasileira de Nefrologia. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

OBS:

DCV: Doença Cardiovascular

ATENÇÃO!

Nunca avaliar o usuário com foco voltado exclusivamente na HAS

Exemplo: Um indivíduo com pressão arterial isolada de 140 x 90 mmHg receberia apenas orientação no sentido de manutenção dos valores pressóricos iguais ou inferiores a este registro, enquanto se for diabético terá que cumprir metas mais rigorosas quanto ao controle de pressão e controle do perfil lipídico.

A periodicidade dependerá dos fatores de risco cardiovascular global.

Com pressão acima de 140 x 90, atentar a outros fatores de risco como Diabetes Melito, Síndrome Metabólica, Lesão de Órgão Alvo.

Nestes casos, o tempo de intervalo entre as consultas deverá ser definido pelo Médico e/ou pelo Enfermeiro.

Ações importantes Técnico/Auxiliar de enfermagem

O papel do Técnico/Auxiliar de Enfermagem é estar atento a qualquer alteração pressórica, bem como, realizar busca ativa e participar de grupos educativos para prevenção, orientação e tratamento dos casos de HA acompanhados na unidade.

No espaço de tempo em que o usuário aguarda as reavaliações de rotina, este não deve ficar sem orientação e acompanhamento educativo voltado às mudanças de hábitos que possam leva-lo à normalidade da pressão.

Os grupos educativos podem permitir a identificação de hábitos alimentares e de vida que favorecem o aumento da PA. Estes devem ser agendados pela equipe frente ao número de casos detectados pela unidade.

A busca ativa pode ser realizada nas VDs em campanhas, ou mesmo serem identificadas no acompanhamento periódico da checagem pressórica.

3.4 Fatores de risco para hipertensão arterial e diabetes melito

QUADRO 4

A Hipertensão Arterial e o Diabetes Melito são decorrentes da interação de vários fatores apresentados a seguir:

História Familiar

Algumas pessoas herdam a predisposição a HA e DM, que pode apresentar-se em vários membros da família, especialmente entre pais, filhos e irmãos.

Idade

O envelhecimento aumenta o risco da HA (acima de 60 anos) e DM (acima de 45 anos) em ambos os sexos, porém observa-se atualmente uma incidência significativa em pessoas cada vez mais jovens.

Raça

Estudos mostram que a hipertensão arterial é mais prevalente na raça negra.

Excesso de peso

O excesso de peso aumenta de 2 a 6 vezes o risco de hipertensão.

Na maioria das vezes, só com a redução do peso conseguimos controlar a pressão arterial e a taxa de açúcar no sangue com a mínima dose de medicamentos ou muitas vezes sem eles, apenas com dieta e plano de atividade física. A meta saudável e Índice de Massa Corporal/IMC < 25 Kg/m².

Circunferência abdominal <102 no homem e < 88 na mulher

Bebida Alcoólica

O consumo excessivo de bebida alcoólica eleva a pressão arterial e a variabilidade pressórica, aumenta a prevalência de hipertensão, é fator de risco para acidente vascular encefálico, além de ser uma das causas de resistência à terapêutica anti-hipertensiva.

Tabagismo

O tabagismo eleva agudamente a pressão arterial e favorece o desenvolvimento e as complicações da arteriosclerose. Sua interrupção reduz o risco de acidente vascular encefálico, de doenças isquêmicas do coração e de doença vascular arterial periférica, além de evitar outros efeitos deletérios.

A exposição ao fumo (tabagismo passivo) também deve ser evitada.

Sedentarismo

O exercício físico regular diminui a pressão arterial e melhora os níveis de glicemia, controla o peso corporal, melhora o controle de colesterol e diabetes, auxilia no abandono do tabagismo, contribui no controle do estresse, além de outros inúmeros benefícios.

Ingestão de sal

A ingestão adequada de sal ajuda na redução da pressão arterial. Alguns estudos demonstram também benefícios na redução da mortalidade por acidente vascular encefálico e na regressão da hipertrofia ventricular esquerda.

A dieta habitual do brasileiro contém de 10 a 12 g de sal/dia. É saudável ingerir até 5 g de sal/dia.

Estresse

O estresse é uma reação biológica do organismo caracterizada pelo excesso de produção de adrenalina, tendo como consequência a elevação dos batimentos cardíacos e dos níveis de pressão arterial.

3.5 Complicações da Hipertensão Arterial e do Diabetes Melito

A **HA** e o **DM**, apesar de serem assintomáticos, a longo prazo causam danos e falência de diversos órgãos (olhos, rins, nervos, coração e vasos sanguíneos).

Complicações Agudas do Diabetes Melito

- **Hipoglicemia**

A hipoglicemia é uma complicação aguda que ocorre nos usuários que utilizam insulina e/ou sulfoniluréias para o tratamento do DM.

- **Situações de risco para hipoglicemia:**

- Erro na administração da insulina ou hipoglicemiante oral.
- Variação no padrão alimentar (atraso ou omissão de refeição).
- Exercício físico rigoroso
- Consumo excessivo de álcool

QUADRO 5

SINAIS E SINTOMAS PRECOSES DA HIPOGLICEMIA

- FALA CONFUSA
- IRRITABILIDADE
- INCAPACIDADE DE CONCENTRAÇÃO
- PALPITAÇÃO
- TREMORES
- SUDORESE
- SENSACÃO DESAGRADÁVEL DE APREENSÃO

Obs. “Os indivíduos que variam muito seu padrão de dieta e exercício físico, que tem longa duração do Diabetes ou que apresentam neuropatia diabética grave têm mais risco de hipoglicemia”.

(Fonte: Caderno de Atenção Básica nº16 Diabetes – MS 2006)

Como orientar a prevenção da Hipoglicemia:

- Orientar o usuário para uma dieta balanceada, exercícios físicos e uso correto dos agentes hipoglicemiantes oral ou insulina;
- Respeitar o horário das refeições;
- Praticar exercícios físicos uma ou duas horas após o almoço e/ou jantar, ou 10 a 15 minutos após o desjejum;
- Exercitar-se fora dos horários de pico máximo de ação da insulina de acordo com o tipo de insulina utilizada;
- Evitar o consumo excessivo de álcool;
- Usuários com comprometimento da acuidade visual devem receber orientação especial para evitar erros de dose de insulina;
- Para prevenir a hipoglicemia orientar a ingestão de 1 copo de leite (300 ml) antes de dormir;
- Estar atento aos sinais e sintomas de hipoglicemia.

Como orientar o tratamento da Hipoglicemia:

- Ingerir imediatamente 10 gr de carboidrato simples que estão contidos em: 2 colheres de chá de açúcar, 100 ml de refrigerante ou suco de frutas, ou 2 balas.

Caso não possa engolir, não se deve forçar

- Coloque açúcar ou mel embaixo da língua ou entre a gengiva e a bochecha e leve o usuário ao serviço de emergência;
- Após melhora completa dos sintomas (10 ou 15 minutos), antecipar o lanche ou a refeição programada;
- Em casos de desmaio ou perda da consciência, acionar imediatamente, o Enfermeiro ou Médico.

Ação educativa

As orientações sobre a hipoglicemia sempre que possível devem ser introduzidas a todos os grupos educativos.

- Portador de DM em tratamento com sulfoniluréias, repaglinida, nateglinida ou insulina, deve ser instruído sobre os sintomas e tratamento precoce para evitar complicações.
- Portador de DM que recebe insulina deve ser treinado no auto monitoramento da glicemia capilar.
- Portador de DM com risco constante para hipoglicemia deve ser instruído a portar um cartão informando que tem Diabetes.
- A família do portador de DM deve ser instruída sobre a ação que deve ter aos sinais e sintomas de hipoglicemia.

Cetoacidose Diabética

A cetoacidose diabética reflete uma descompensação aguda grave no diabético com hiperglicemia, produção de corpos cetônicos (pela queima de gordura corporal), desidratação e alterações em graus variáveis da consciência.

É sempre consequência de quantidade insuficiente de insulina para a necessidade fisiológica. Apesar de ser uma situação muito mais frequente no **diabetes tipo 1** (inclusive como quadro inaugural de diagnóstico da doença, ou seja a pessoa sabe referir exatamente a data que iniciou o diabetes), pode também ocorrer mais raramente em **diabéticos tipo 2**.

Sinais e Sintomas da Cetoacidose

A cetoacidose tem como fatores precipitantes: infecções, omissão da aplicação de insulina, abuso alimentar, uso de medicações hiperglicemiantes e outras intercorrências graves como AVE (Acidente Vascular Encefálico), infarto ou trauma.

Quadro clínico inicial: polidipsia, poliúria, enurese, hálito cetônico, fadiga, visão turva, náuseas e dor abdominal, além de vômitos, desidratação, hiperventilação e alterações do estado mental.

O quadro pode se agravar levando a complicações como: choque circulatório, distúrbio hidroeletrólítico, insuficiência renal, pneumonia de aspiração, síndrome da angustia respiratória do adulto e edema cerebral em crianças.

A cetose, que antecede a cetoacidose, pode ser reconhecida pelo usuário, desde que o mesmo esteja habituado com o auto monitoramento da glicemia. Já a cetoacidose em evolução – com presença dos sintomas acima – requer tratamento imediato em serviço de emergência.

Ação educativa para prevenção da cetoacidose

- O portador de DM que recebe insulina deve ser instruído a garantir o uso da mesma conforme prescrição médica.
- Educar o portador de DM quanto a prevenção das complicações agudas.
- O portador de DM deve ser instruído sobre a importância do auto monitoramento glicêmico e do controle da cetonúria.
- Monitorar os casos recidivantes, de controle insatisfatório, ou com dificuldades de aprendizagem.

3.5.1 Complicações Crônicas da Hipertensão Arterial e Diabetes Melito

Na maioria das vezes, os sintomas atribuídos à hipertensão como dores de cabeça, hemorragia nasal, alterações visuais e tontura nem sempre tem uma relação de causa e efeito com a Hipertensão Arterial.

Da mesma forma, o Diabetes Melito tipo 2 também apresenta -se na maioria das vezes assintomático e o diagnóstico é feito quando já associado a uma complicação.

Complicações Crônicas da Hipertensão Arterial:

A lesão do coração, rins e cérebro são decorrentes de lesões vasculares destes órgãos.

No coração, a Hipertensão Arterial Sistêmica apresenta-se como Hipertrofia do Ventrículo Esquerdo que é o espessamento das paredes do ventrículo esquerdo com o aumento de peso e a diminuição da cavidade, não acompanhado do aumento da circulação coronária, levando a isquemia miocárdica.

Em fases avançadas podemos encontrar desde o aumento das cavidades até a insuficiência cardíaca congestiva.

Ainda como complicações, podemos citar a Angina do peito e o Infarto Agudo do Miocárdio. Neste caso, o coração deixa de receber o fluxo de sangue proveniente de uma de suas artérias o que provoca a falta de oxigênio e nutrição na área sem irrigação sanguínea (isquemia*).

O sintoma mais comum do infarto é a dor persistente no peito (angina**).

No cérebro, a lesão hipertensiva típica é o aneurisma. A trombose e a hemorragia são em geral episódios agudos. Micro infartos assintomáticos ou com quadro clínico de demência, confusão mental, afasia diminuição ou fraqueza de MMII ou MMSS, dificuldade visual e outros sintomas podem ocorrer.

*isquemia:

É a diminuição do fluxo sanguíneo em uma determinada região do corpo. As células deste local pouco provido de sangue podem vir a sofrer danos reversíveis ou irreversíveis (morte celular).

**angina:

É a dor ou desconforto no peito, que ocorre quando uma ou mais artérias coronárias não irrigam suficientemente, o músculo cardíaco.

Acidente Vascular Encefálico (AVE)

Conhecido popularmente, como derrame cerebral pode ser classificado em:

- 1 Acidente vascular isquêmico** - falta de circulação numa área do cérebro provocada por obstrução de uma ou mais artérias por ateromas, trombose ou embolia.
- 2 Acidente vascular hemorrágico** - sangramento cerebral provocado pelo rompimento de uma artéria ou vaso sanguíneo.

Nos rins, a Hipertensão leva a diminuição progressiva da função renal na maioria das vezes silenciosa.

Nefropatia:

Constitui-se de alterações nos vasos dos rins, fazendo com que haja a perda de proteína na urina. É uma situação em que o órgão pode reduzir sua função lentamente, porém de forma progressiva chegando a Insuficiência Renal Crônica.

Nos membros inferiores principalmente, acontece o comprometimento dos vasos.

Doença Vascular Arterial de Extremidades:

Constitui-se na alteração dos vasos das extremidades, principalmente, nos membros inferiores, podendo ocasionar a insuficiência venosa crônica.

Outro órgão comumente atingido pela Hipertensão Arterial é o da visão, ocasionando a retinopatia hipertensiva.

Retinopatia Hipertensiva:

Este distúrbio ocorre quando a pressão arterial torna-se extremamente elevada, como na hipertensão grave, na hipertensão maligna e na toxemia gravídica. À medida que a doença evolui, ocorre um extravasamento de sangue na retina. Áreas da retina são lesadas, pois, o suprimento sanguíneo é inadequado e no decorrer do tempo, ocorre um acúmulo de gordura na retina.

Complicações Crônicas do Diabetes Mellito

Representa um sério e oneroso problema de saúde pública e pode ser evitado através do bom controle glicêmico e pressórico.

Dentre essas complicações temos:

Macroangiopatia: é a aceleração do processo de aterosclerose*** nas principais artérias do corpo. Ela é notada, sobretudo, nos seguintes órgãos: coração (angina e infarto agudo do miocárdio) e cérebro (acidente vascular encefálico).

Microangiopatia: é uma alteração característica dos capilares e se manifesta clinicamente na retina (retinopatia diabética) e nos rins (Nefropatia diabética).

*** Aterosclerose:

É uma doença inflamatória que surge diante de uma série de situações e que caracteristicamente, produz alterações no calibre dos vasos devido ao depósito de gordura em suas paredes.

Neuropatia Diabética:

É a complicação mais comum do diabetes. Compreendendo um conjunto de síndromes clínicas que afetam o sistema nervoso periférico sensitivo, motor e autonômico, de forma isolada ou difusa, nos segmentos proximal ou distal, de instalação aguda ou crônica, de caráter reversível ou irreversível, manifestando-se silenciosamente, ou com quadros sintomáticos dramáticos. A forma mais comum é a neuropatia simétrica sensitiva motora distal. Pode manifestar-se por sensação de queimação, choques, agulhadas, formigamentos, dor a estímulos não dolorosos, câimbras, fraqueza ou alteração de percepção da temperatura e de contato, pode ser em repouso, com exacerbação à noite e melhora quando em movimentos.

Pé Diabético:

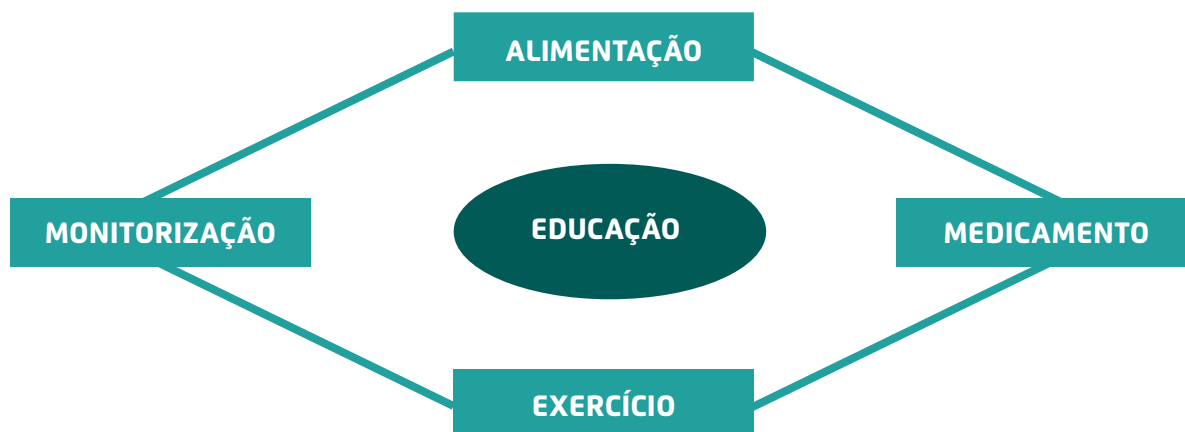
Úlceras de pés, deformidades e amputações de extremidades são as complicações mais graves. Sua prevenção primária visa prevenir neuropatia e vasculopatia. Aqui é abordado o monitoramento de um conjunto de fatores que eleva ao risco de úlcera e amputação de extremidades, tornando sua prevenção mais efetiva. Para tanto, os seguintes pontos são fundamentais:

- Todos os profissionais de saúde devem avaliar os pés dos usuários anualmente, sendo assim, cabe ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem: Observar a presença de calosidade, pele seca, danos nas unhas, deformidade e ulcerações.
- O Técnico/Auxiliar de Enfermagem poderá realizar procedimentos simples de hidratação dos pés, assim como cuidado com as unhas, aparando-as com alicates próprios, com devido cuidado para que não haja lesão em tecidos adjacentes. Sempre supervisionado pelo enfermeiro, considerando os conhecimentos científicos e técnicos inerentes ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem.
- O desbridamento de calos superficiais e queratoses -> é privativo do enfermeiro.
- Deve fazer parte
- Oferecer apoio educativo para cuidados dos pés de acordo com as necessidades individuais e o risco de úlcera, infecções e prevenir amputações.

3.6 Tratamento da Hipertensão Arterial e Diabetes Melito

Objetivos

- Evitar as complicações agudas e prevenir as complicações crônicas;
- Redução da morbidade e da mortalidade cardiovasculares;
- Sensibilizar o usuário para a aquisição de hábitos saudáveis;
- Proporcionar aos usuários e familiares o acesso as informações referentes a doença e seu controle;
- Aumentar a adesão do usuário ao tratamento adequado.



O tratamento não medicamentoso do DM e HAS, tem como objetivo diminuir a ocorrência de novos casos, as complicações e a mortalidade por essas doenças, através das inúmeras intervenções protetoras vasculares e renais, alcançadas com a modificação do estilo de vida.

Dentre essas modificações podemos citar:

- Atividade física
- Alimentação adequada e saudável
- Hipertensos e diabéticos devem iniciar programas de atividades físicas regulares, desde que tenham sido submetidos a avaliação clínica prévia. Incorporar a atividade física nas rotinas diárias como caminhar, subir e descer escada, realizar atividade física dentro e fora de casa, optar sempre que possível pelo transporte ativo.

As atividades físicas devem ser realizadas observando:

- Toda atividade física deve ser orientada pela equipe multiprofissional.
- Orientar para os sintomas de hipoglicemia durante e após a atividade física.
- Quando possível portar o cartão ou outro documento de identificação da patologia
- Uso de roupas e calçados adequados;
- Pelo menos 30' de intensidade moderada ex.: caminhada, subir escadas; e outros.
- Ingestão de líquidos em quantidade suficiente antes, durante e após o exercício para evitar a desidratação.
- Ingestão de carboidratos de fácil digestão antes, durante e depois de exercícios prolongados.
- No caso de perda significativa da sensibilidade nos pés, deve-se evitar caminhar em esteiras ou ao ar livre, correr, etc. Nestes casos, o recomendável é atividades como: natação, ciclismo, remo e exercícios na posição sentada com uso de calçados adequados.
- Em caso de retinopatia proliferativa não tratada ou tratada recentemente, deve-se evitar exercícios que aumentem a pressão abdominal (Ex.: exercícios abdominais)

- A aplicação de insulina deve ser evitada no local a ser muito exercitado.
- Se possível realizar controle de glicemia capilar antes da atividade física, principalmente nos casos de DM1.
- Evitar atividade física no pico de ação da insulina.
- Orientar os sintomas de hipoglicemia durante e após a atividade física.
- Orientar para que sempre porte consigo um alimento contendo carboidrato para ser usado em eventual hipoglicemia.

Benefícios físicos e psicossociais:

- Melhora da sensibilidade a insulina;
- Aumento da captação de glicose;
- Diminuição do risco cardiovascular;
- Redução da pressão arterial;
- Diminuição do LDL e triglicérides;
- Elevação do HDL;
- Redução da ansiedade, fadiga e depressão;
- Auxilia no controle do peso corporal
- Aumento da densidade óssea;
- Melhora da mobilidade articular e força muscular.



Redução do peso corporal

O tratamento da obesidade a critério médico propõe reduzir os níveis de glicemia e a pressão arterial. Muitas vezes só com a diminuição do peso reduzem-se as doses de medicamentos ou proporciona até mesmo sua retirada.

Todos os usuários com excesso de peso devem ser estimulados a alcançar o Índice de Massa Corpórea (IMC) inferior a 25 Kg/m² e circunferência abdominal dentro da normalidade no homem inferior a 102 cm e na mulher inferior a 88 cm.

É importante para a equipe de enfermagem saber que além da dieta e da atividade física, o controle da obesidade envolve uma abordagem comportamental com enfoque na motivação da mudança de hábitos.

Conduta alimentar básica

10 Passos para uma Alimentação Adequada e Saudável

- 1** Fazer de alimentos IN NATURA ou minimamente processados a base da alimentação
- 2** Utilizar óleos, gorduras, sal e açúcares em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos e criar preparações culinárias
- 3** Limitar o consumo de alimentos processados
- 4** Evitar o consumo de alimentos ultraprocessados
- 5** Comer com regularidade e atenção, em ambientes apropriados e, sempre que possível, com companhia
- 6** Fazer compras em locais que ofertem variedades de alimentos IN NATURA ou minimamente processados
- 7** Desenvolver, exercitar e partilhar habilidades culinárias
- 8** Planejar o uso do tempo para dar à alimentação o espaço que ela merece
- 9** Dar preferência, quando fora de casa, a locais que servem refeições feitas na hora
- 10** Ser crítico quanto a informações, orientações e mensagens sobre alimentação veiculadas em propagandas comerciais

Fonte: BRASIL. **Guia alimentar para população brasileira**. Ministério da Saúde, 2014.

Educação alimentar para o portador de diabetes

Ter uma alimentação saudável pode, na maior parte dos casos, ser a peça fundamental no tratamento do Diabetes.

A “dieta do diabético” foi durante muito tempo comparada às dietas de fome, onde todos os alimentos como pão, macarrão, batata, beterraba, cenoura, manga e bananas eram retirados.

A obtenção de uma dieta equilibrada tem como objetivo atingir um bom controle glicêmico, adequando a alimentação ao estilo de vida, às preferências alimentares, e ao esquema terapêutico e de atividades físicas prescrito.

ONTEM

Dieta do diabéticos
Beterraba e cenoura
são proibidas. Manga,
caqui, banana e uva
devem ser evitados.

HOJE

Plano alimentar saudável
Todas as hortaliças são
permitidas.
Todas as frutas podem ser
ingeridas.

ATENÇÃO !

Sempre preferir comer a fruta ao invés do suco.
Abacate não contém colesterol

Podemos iniciar o assunto nutrição e diabetes apontando alguns itens indispensáveis, qualquer que seja o tipo de Diabetes:

- **Horário para alimentação;**
- **Fracionamento;**
- **Variedade;**
- **Monitorização.**

Tentando diminuir os riscos de hipoglicemia e de hiperglicemia, incentivamos o fracionamento da alimentação, isto é, fazer de 5 a 6 refeições ao dia, sendo que o intervalo entre as refeições não deve ultrapassar de 3 horas.

Outro ponto muito importante é comer sempre nas mesmas quantidades, evitando possíveis oscilações na glicemia.

Fonte: BRASIL. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes.** SBD, 2015-2016

A conduta nutricional preconizada atualmente para pessoas com diabetes mellitus baseia-se em alimentação variada e equilibrada que atenda às necessidades nutricionais, considerando todas as fases da vida. Tendo sempre como objetivo o controle glicêmico, seja através do tratamento dietético ou farmacológico.

Para ilustrar melhor, o quadro abaixo apresenta os **“Seis Passos para uma Alimentação Saudável”**, com orientações específicas voltadas à prevenção e ao cuidado no diabetes:

- 1** Realize 5 a 6 refeições diárias, evitando “beliscar” alimentos entre as refeições e permanecer longos períodos sem se alimentar
- 2** Evite o consumo de alimentos ricos em açúcar, como doces, sorvetes, bolachas recheadas, sucos em pó e balas; Ou prefira as versões “diet, zero ou light”
- 3** Evite o consumo excessivo de alimentos ricos em carboidratos, como pães, bolos, biscoitos, arroz, macarrão, batata, dê preferência aos alimentos integrais.
- 4** Consuma diariamente verduras (alface, almeirão, couve etc.) e legumes (cenoura, pepino, tomate, abobrinha etc.), preferencialmente crus.
- 5** Consuma frutas diariamente em pequenas porções, preferencialmente com casca e bagaço ou acompanhadas com leite, aveia, linhaça
- 6** Pratique atividade física regularmente, sob a supervisão de um profissional capacitado, mas realize um lanche 30 minutos antes para ter energia suficiente para realizar o exercício.

Adaptado de: BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus.** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2013.

Fonte: BRASIL. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes.** SBD, 2015-2016

Nem sempre há necessidade de alimentos diet e light.

É importante entendermos a diferença de cada produto. Devemos orientar os portadores de diabetes que o fato do alimento não conter açúcar não é o critério para que haja o consumo excessivo do mesmo, e que os produtos diet e/ou light só poderão ser utilizados após análise do rótulo.

LIGHT

- Alimento com redução de pelo menos 25% em determinado nutriente ou caloria comparado com o alimento convencional.

Fonte: ANVISA

DIET

- Alimentos para dietas com restrição de nutrientes (carboidratos, gorduras, proteínas e sódio);
- Alimentos para dietas com ingestão controlada de alimentos (para controle de peso ou açúcares).

Fonte: ANVISA

Importante:

A escolha do melhor adoçante leva em consideração, paladar, sensibilidade e preferência, salientando que quanto maior a quantidade colocada, mais amarga poderá ficar o alimento.

Dependendo do tipo de terapia em que este usuário está inserido, existe a possibilidade de uma flexibilidade maior da terapia nutricional (como exemplo o uso de insulina regular ou ultrarrápida).

Por fim, destacamos que, além da individualização do plano alimentar, a monitorização da glicemia é um item indispensável no tratamento nutricional de Diabetes.

PODEM SER INGERIDOS COM CRITÉRIOS

Todos os adoçantes:

aspartame, ciclamato de sódio e sacarina, acessulfame-K, stevia e sucralose

podem ser utilizados como substitutos do açúcar comum, sendo que indivíduos hipertensos ou com problemas renais devem evitar os adoçantes com sacarina e ciclamato de sódio.

Redução/Abandono do consumo e drogas lícitas e ilícitas

Orientar aos usuários que não conseguem diminuir ou se abster do consumo de drogas lícitas ou ilícitas, a necessidade de ser encaminhados aos Serviços de Atenção Psicossocial da região e aos grupos de apoio.

Abandono do tabagismo

Aos usuários que não conseguem parar de fumar, oferecer o grupo de cessação de tabagismo existente na unidade de saúde ou no último caso serem encaminhados para os Serviços de Atenção Psicossocial da região aos grupos de apoio.



Tratamento Medicamentoso

Os medicamentos anti-hipertensivos e antidiabéticos devem promover a redução dos níveis pressóricos e glicêmicos, assim como a redução dos eventos cardiovasculares fatais e não fatais.

Compete também ao Técnico/Auxiliar de Enfermagem orientar o usuário sobre hipertensão e diabetes, particularizando a necessidade de tratamento continuado, e estar sempre atenta a possibilidade de efeitos adversos dos medicamentos utilizados.

3.7 Técnicas de enfermagem para o cuidado/acompanhamento de HAS e DM

ANTROPOMETRIA

A antropometria não deve ser entendida como uma simples ação de pesar e medir, mas, sobretudo, como uma atitude de vigilância. Isso significa ter um olhar atento para o estado nutricional, permitindo uma ação precoce quando constatada alguma alteração.

Principais cuidados – aferição de peso (adultos)

- A balança mecânica é composta de: cursor maior, cursor menor, fiel, agulha do braço, calibrador e plataforma da balança.
- A balança deve estar apoiada sobre uma superfície plana, lisa e firme, afastada da parede e travada.

1 Trava

2 Fiel

3 Agulha do braço

4 Cursor Menor

5 Cursor Maior

6 Calibrador

Para Calibragem da Balança Mecânica

- 1** Destruar a balança
- 2** Verificar se a balança está calibrada (a agulha do braço e o fiel devem estar na mesma linha horizontal). Caso contrário, calibrá-la girando lentamente o calibrador, até que a agulha do braço e o fiel estejam nivelados.
- 3** Após o calibramento da balança, ela deve ser travada e só então a criança/adulto subirá na plataforma para ser pesado.

Obs.: Existem dois tipos de versões para a balança plataforma: eletrônica e mecânica



Técnica para aferir peso em adultos -> Ver Manual de Normas e Rotinas Enfermagem SMS-SP, 2015.

Obs.: ATENDER à Res. 191 COFEN – anotar o procedimento no prontuário

Principais cuidados - aferição da estatura (adultos)

- O Antropômetro vertical é o equipamento utilizado para aferir a estatura de adultos. Ele é composto de uma parte móvel, escala numérica e ponto para leitura da medida.
- É importante que o antropômetro esteja fixado numa parede lisa e sem rodapé. Também deve ser posicionado em uma distância correta do chão, de modo a garantir uma leitura fidedigna da estatura.
- Podemos encontrar também o antropômetro vertical fixo à balança mecânica, que deverá estar apoiada sobre uma superfície plana, lisa, firme e afastada da parede.



Técnica para aferir estatura em adultos -> Ver Manual de Normas e Rotinas Enfermagem SMS - SP, 2015.
Obs.: Anotar o procedimento no prontuário (Res. 191 COFEN)

Mensuração da Circunferência Abdominal

- A circunferência abdominal é um método simples e representativo de medir a gordura acumulada no abdome.
- Essa gordura representa um fator de risco para o desenvolvimento de doenças cardiovasculares.



Técnica para aferir circunferência abdominal e índice IMC (Índice de Massa Corpórea -> Ver Manual de Normas Rotinas SMS-SP, 2015.
Obs.: Anotar o procedimento no prontuário (Res. 191 COFEN)

3.7.1 Principais Cuidados - Aferição de Pressão Arterial Sistêmica

- Certificar-se de que o usuário não está com a bexiga cheia; não praticou exercícios físicos de 60 a 90 minutos antes; não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos, ou fumou até 30 minutos antes.
- Explicar o procedimento ao usuário para atenuar o efeito do avental branco.
- Orientar que não fale e que descanse por 5 a 10 minutos.
- Promover relaxamento na posição sentada ou deitada.
- Utilizar manguito de tamanho adequado ao braço do usuário, 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 deve envolver pelo menos 80% do mesmo.
- Se necessário, esperar 1 a 2 minutos antes de realizar novas medidas (no máximo 2 vezes seguidas no mesmo membro).
- O usuário deve ser informado sobre os valores obtidos da pressão arterial e a possível necessidade de acompanhamento

Técnica para aferir Pressão Arterial Sistêmica -> Ver Manual de Normas e Rotinas Enfermagem SMS-SP, 2015.
Obs.: ATENDER à Res. 191 COFEN – anotar o procedimento no prontuário.



Técnica – Coleta de Glicemia Capilar -> Ver Manual de Normas e Rotinas Enfermagem SMS-SP, 2015. Imprescindível:

- Anotar o resultado do procedimento no prontuário – Resolução COFEN 191
- Atender os critérios de biossegurança

ADMINISTRAÇÃO DA INSULINA

Técnica de aplicação subcutânea -> Ver Manual de Normas e Rotinas Enfermagem SMS-SP, 2015.

Obs.: Anotar o procedimento no prontuário (Res. 191 COFEN)



DETALHES DA TÉCNICA DE APLICAÇÃO COM PREGA CUTÂNEA

1. Após fazer antissepsia do local (VER NECESSIDADE), faça a prega cutânea, introduza a agulha e injete a insulina.
2. Faça a prega cutânea pressionando, entre os dedos polegar e indicador, uma camada de pele e de gordura de mais ou menos 5 cm.
3. Aguarde cinco segundos ainda com a agulha na pele para garantir que toda a insulina preparada foi aplicada. Retire a agulha suavemente.

Atenção

Insulina é incompatível com os seguintes princípios ativos:

Aminofilina, fenitoina, Fenobarbital e Pentobarbital

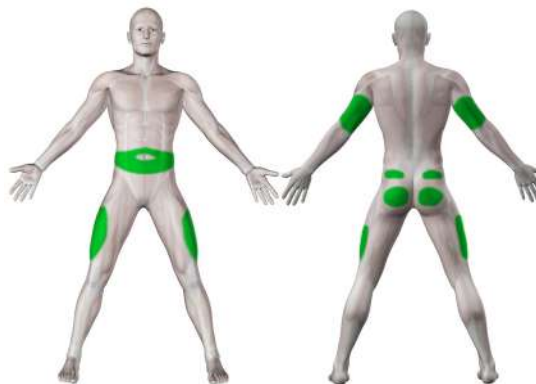
Evite os mesmos horários de administração

Adrenalina, Anticoncepcional oral, Corticosteroide (ex.: Merticonten), Diltiazem (ex.: Cardizem), Diurético tiazídico (ex.: Clorana) e Hormônio tireoidiano

- **Podem diminuir o efeito hipoglicemiante da insulina.**

Locais de aplicação de insulina rodízio das regiões de aplicação de insulina

É necessário o rodízio dos locais de aplicação para a prevenção de lipodistrofia.



DETALHES DA ABSORÇÃO DA INSULINA

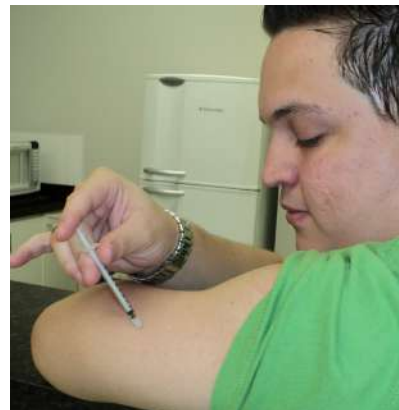
- A absorção da insulina nas áreas com lipodistrofia é lenta ou irregular
- A velocidade de absorção é maior no abdome seguido dos braços, coxas e nádegas
- É recomendável esgotar as possibilidades de punções numa mesma região distanciando-as em aproximadamente 2 cm entre uma e outra
- O rodízio a cada aplicação causa uma variabilidade muito grande na absorção da insulina, dificultando o controle glicêmico, sendo assim desaconselhável.
- Para a seleção do local de aplicação, o tempo de absorção para as diferentes regiões deve sempre ser levado em conta
- Os exercícios podem aumentar a velocidade de absorção da insulina pelo aumento do fluxo sanguíneo na tela subcutânea da região exercitada enquanto as áreas com lipodistrofia provocam redução e irregularidades de absorção.
- Como exemplo, para quem realiza múltiplas aplicações diárias, é possível estabelecer que as insulinas do pré-café sejam feitas no braço; as do pré-almoço no abdome; as do pré-jantar, nas coxas; e as de antes de deitar, nos glúteos
- No sentido de garantir a efetividade da insulinoterapia, e recomendável que os usuários discutam com a equipe a melhor opção possível de rodízio, assim como a melhor opção para intervenções adequadas, visando preservar a integridade cutânea.

AUTO APLICAÇÃO DA INSULINA

Incentivar

Locais para autoaplicação:

Braço



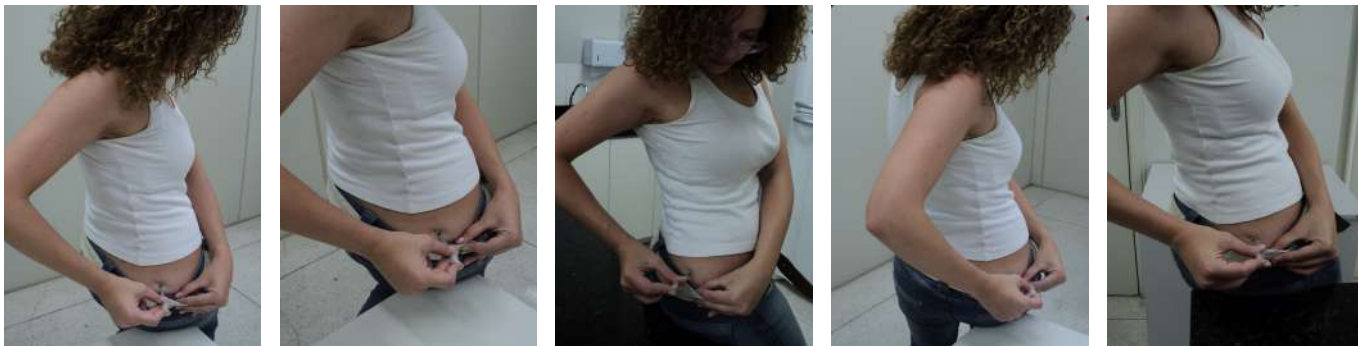
Coxa



Abdome



Glúteo



Armazenamento de Insulina

- De acordo com a recomendação do fabricante das insulinas, os frascos fechados devem ser armazenados em geladeira (2 a 8 graus), fora da embalagem térmica, em recipiente plástico, sempre longe do congelador.
- A porta do refrigerador é uma opção inadequada uma vez que existe maior variação de temperatura e mobilidade do frasco a cada abertura da porta.
- O prazo de expiração é de dois anos, devendo apresentar neste período ótima estabilidade se observadas as recomendações acima
- O frasco aberto poderá ser mantido em refrigeração (2 a 8 graus), ou em temperatura ambiente entre 15 e 30 graus. Em ambas as condições, o conteúdo deverá ser utilizado por 30 dias
- Observa-se ainda que na primeira opção o frasco deverá ser retirado da geladeira de 10 a 20 minutos antes da aplicação para garantir um melhor conforto reduzindo irritação no local, pois insulina gelada causa dor aos usuários.
- Para os usuários que fazem uso da caneta de aplicação orientar que o refil aberto deverá permanecer na caneta e também terá a validade por 30 dias e não poderá ser guardado em refrigeração, pois danificará o instrumento.

Armazenamento de Seringas Preparadas

- Quando a prescrição é de insulina NPH e/ou pré-mistura de NPH + R, existe a possibilidade de preparo antecipado na seringa e, nesta situação, devemos observar a recomendação de mantê-las refrigeradas na posição horizontal ou com a agulha voltada para cima, devendo ser utilizadas no prazo máximo de 30 dias
- Em qualquer outra preparação não se pode utilizar tal procedimento.

Transporte de Insulinas

- O transporte de insulina obedece as recomendações do fabricante
- Transporte de curta duração (diário ou até 24h) – devera ser realizado em embalagem comum respeitando-se os cuidados com luz solar direta e portar sempre como bagagem de mão
- Nunca deixar em porta-luvas, painel, bagageiro de carro ou ônibus;
 - no avião devera ser colocado embaixo do banco.
- Transporte comercial – embalagem térmica (caixa de isopor) com gelo reciclável contendo um isolante (papelão, plástico bolha ou placa de isopor) separando-o da insulina, que deverá estar envolvida em saco plástico a fim de evitar o congelamento do produto, o que motivaria a sua inutilização.

Referências

ALVES, V. S. A health education model for the Family Health Program: towards comprehensive health care and model reorientation, **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v.9, n.16, p.39-52, set.2004/fev.2005.

AMARO, S.. **Visita Domiciliar: Guia para uma abordagem complexa**. Porto Alegre: AGE., 2003.

ASSIS, M. de; HARTZ, Z. M. A.; VALLA, V. V. Programas de promoção da saúde do idoso: uma revisão da literatura científica no período de 1990 a 2002. **Revista. Ciênc. Saúde Coletiva** v. 9, n. 3, 2004.

BAIRRAL, Américo. Humanização do Atendimento em Saúde. Palestra exposta no VII Simpósio de Relacionamento Terapeuta-Usuário do Hospital. Itapira, São Paulo: Sociedade Paulista de Psiquiatria Clínica, 2004. Acesso em 05/2012. <http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n2/09.pdf>

BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do sus - uma revisão conceitual. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2 – Rio de Janeiro: março/abril, 2007.

BICCA, L. H.; TAVARES, K. O. A atuação da enfermeira no Programa Saúde da Família: uma breve análise da sua prática assistencial. . Barueri: **Revista Nursing**, v. 9, n. 92, p. 632-637 jan,2006.

BONANNO, R.S. Gravidez na adolescência: aspectos sociais. São Paulo: Centro Universitário São Camilo, 2006.

BOURGET, M. M. M. **Programa Saúde da Família: Manual para o curso introdutório**. São Paulo: ENTIDADE FILANTRÓPICA SANTA MARCELINA, 2005.

BRASIL. Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes. SBD, 2015-2016

BRASIL. Manual de Enfermagem. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde; Universidade de São Paulo. São Paulo: Série A. Normas e Manuais Técnicos n 135, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília, DF: Série F. Comunicação e Educação em Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Caderneta de Saúde da criança, 6.ed. Brasília, DF: 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para população brasileira**. 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Estatuto da Criança e do Adolescente, 3ª ed. Brasília, DF: 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas de atenção à saúde integral do adolescente, 3v. Brasília: MS, Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : diabetes mellitus** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Normas e Manuais Técnicos - Cadernos de Atenção Básica. **Acolhimento à demanda espontânea**, Série A. n. 28, Volume I, 56 p., Brasília: M.S, Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Perfil de Ações do Auxiliar de Enfermagem, Brasília, PROFAE: nov., 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa saúde do adolescente: bases programáticas. 2 ed. Brasília, DF: MS, 1996. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bus/publicacoes/cd03_05.pdf. Acesso em: 20 mar.2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Programa de Atenção à Saúde do Adolescente. Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira. Brasília: MS, 1999.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Família: uma estratégia para reorientação do modelo assistencial**, Brasília, DF: 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Série F. Comunicação e Educação em Saúde – Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BRÊTAS, A.C.P.; GAMBA, M.A. Hipertensão arterial e doenças do aparelho circulatório. **Enfermagem e**

saúde do adulto. Barueri, SP: Editora Manole, 2006.

CARDOSO, T. Z. ; PEREIRA, M. J. B. II; CAMPOS, L. V. de O.; MATUMOTO S.; MISHIMA, S. M.; FORTUNA, C. M.; CARDOSO, O. de O. Processo de trabalho de auxiliares e técnicos de enfermagem na Atenção Básica à Saúde. Brasília: **Revista Brasileira de Enfermagem**, vol.64 n. 6 nov./dez., 2011.

CARVALHO, S. R. **Saúde Coletiva e Promoção da Saúde – Sujeito e Mudança**. São Paulo: Editora UCITEC, 2005.

CAVALCANTE C.A.A; MACEDO M.L.A.F. Estudo do perfil dos auxiliares e técnicos de enfermagem: rede de serviços da secretária municipal de saúde-Natal/RN [monografia]. Natal: Universidade Federal do Rio Grande do Norte, 2000.

CECCIM, R.; MACHADO, N. **Contato domiciliar em saúde coletiva**. Porto Alegre: Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 1995.

CORBANI; BRÊTAS; MATHEUS. Humanização do cuidado de enfermagem: o que é isso? Revista brasileira de Enfermagem, vol.62 no.3, p.349-354. Brasília, 2009.

CRESPIN, J. **Puericultura: ciência, arte e amor**. São Paulo: Fundo Editorial Byk, 1992.

CZERESNIA, Dina (org.) **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2003.

DE LORENZI DRS; DANELON C; SACILOTO B. Fatores

indicadores da sintomatologia climatérica. Rio de Janeiro. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 27(1):12-9, 2005.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes:

2013-2014/Sociedade Brasileira de Diabetes ; [organização José Egidio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio]. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2014.

DODGE, R. E. F. A equidade, a universalidade e cidadania em saúde, vistas sob o prisma da justiça. *Bioética*, v. 5, n. 1, p. 77-85. Brasília, DF: MS, 1997.

DUNCAN, B.B.; SILVA, O.B.; POLANCZYCK, C.A. Prevenção Clínica das Doenças Cardiovasculares. In; M.I.; GIUGLIANI, E.R.J. **Medicina Ambulatorial: condutas de atenção primária baseada em evidências**, 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2004.

DRULLA, A. da G, COSVOSKI, A.M.; RUBEL, F. I., MAZZA, V. de A. A visita domiciliar como ferramenta ao cuidado familiar. Curitiba: **Rev. UFPR, Cogitare Enfermagem**. p. 14(4):667-74, Out./Dez., 2009.

ELIOPOULOS, C. **Enfermagem Gerontológica** / trad. Aparecida Yoshie Yoshitome e Ana Thorell. Porto Alegre: Artmed, 7ª ed., 2010.

FAVORETO, C.A.O.; CAMARGO JR., K.R. Alguns desafios conceituais e técnico-operacionais para o desenvolvimento do programa de saúde da família como uma proposta transformadora do Modelo Assistencial. **Rev. Physis**, v.12, n.1, p.59-76, 2002.

FASSIN, D. **Des maux indicibles: sociologie des lieux**

d'écoute. Paris: La Découverte, 2004. <http://www.scielo.br/pdf/tce/v16n3/a17v16n3.pdf>. acesso em 04/04/2012.

FONSECA, J. **A educação em saúde na unidade básica de saúde da família**. BDEF. Resumo de artigo disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxis-lind.exe/iah/online/Acesso> em: 02/05/2012.

FRANÇA, Y. & OGATA, M. N. **Paul Enfermagem**. Atuação do Técnico/Auxiliar de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família, p. 23(4): 506-11. Araraquara/SP: ACTA, 2010.

GOMES, M. C.P. A.; PINHEIRO R. Acolhimento e vínculo: práticas de integralidade na gestão do cuidado em saúde em grandes centros urbanos. Botucatu: **Rev. Interface. Comunic. Saúde Educ**. v.9, n.17, p.287-301, mar/ago, 2005.

GONÇALVES R; MERIGHI MAB, ALDRIGHI JM. **Reflexões sobre o climatério com enfoque no corpo, na cultura e na subjetividade**. *ReprodClim*: 18(1):108-12, 2003.

GONÇALVES R. Vivenciando o climatério: o corpo em seu percurso existencial à luz da fenomenologia, p. 1-244 [tese]. São Paulo: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, 2005.

HORTA, N. de C.; ROSENI R. de S.; SILVA, M. E. O.; TAVARES, T. S.; CALDEIRA, I. M. A prática de grupos como ação de promoção da saúde na estratégia saúde da família. Juiz de Fora: **Rev. ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**. v. 12, n. 3, p. 293-301, jul./set., 2009.

LIMA, J.V.; ANGELO, M. vivenciando a inexorabilidade

do tempo e as suas mudanças com perdas e possibilidades: a mulher na fase do climatério. São Paulo: **Revista Escola de Enfermagem da USP** v. 35, nº 4 p 399-405, dez, 2009.

LOPES, R. A. A visita domiciliar como instrumento de coleta de dados de pesquisa e vigilância em saúde: relato de experiência. Porto Alegre (RS): **Rev. Gaúcha de Enfermagem**, abr. p. 25(1): 98-111, 2004.

MACHADO, M. F. A. S; MONTEIRO, E. M. L. M; QUEIROZ, D.T; VIEIRA, N. F.C; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Rio de Janeiro: **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**, v.12, n. 2: 335-342, março/abril, 2007.

MALTA, D.C. Buscando novas modelagens em saúde: as contribuições do Projeto Vida e do acolhimento na mudança do processo de trabalho na rede pública de Belo Horizonte, 1993-1996. Tese (Doutorado) – Campinas: Faculdade de Medicina Preventiva, Universidade de Campinas, 2001.

MEDICI, A. C. A dinâmica do setor saúde no Brasil: transformações e tendências nas décadas de 80 e 90. **Cuadernos de la Cepal**, n. 82 Santiago de Chile: Naciones Unidas, 1997.

MINAYO, MCS. Dilemas do setor saúde diante de suas propostas humanistas. Rio de Janeiro: ABRASCO, **Rev. Ciência & Saúde Coletiva** v. 9, n.1: 15-29, 2004.

MINAS GERAIS, Montes Claros (Cidade). **Protocolo de Assistência à Saúde na Rede Municipal de Montes Claros**. Secretaria Municipal da Saúde, 2006. Acesso em 26/03/2012. <http://pt.scribd.com/doc/17483242/Livro-Protocolo-Atencao-Basica-Enfermagem-Montes-Claros>

MOREIRA, M.C.N. Imagens no espelho de vênus: mulher, enfermagem e modernidade. Ribeirão Preto: **Rev. latino-am. enfermagem**, v. 7, n. 1, p. 55-65, 1999.

OLIVEIRA, H. M. & GONÇALVES, M. J. F. EDUCAÇÃO EM SAÚDE: uma experiência transformadora,. Brasília (DF): **Revista Brasileira de Enfermagem** p.57 (6):721-3, nov./dez., 2004.

OGATA , M. N. & FRANÇA, Y. Atuação do Técnico/ Auxiliar de Enfermagem na Estratégia Saúde da Família. São Paulo: **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, vol. 23, n 24: 506-511, 2010.

PIANCASTELLI, C. H. & SPIRITO, G. C. Di. Tópicos especiais em atenção básica em Saúde da Família: A Introdução ao Módulo - Saúde do Adulto. **Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família**. Belo Horizonte: UFMG, 2011.

PINHO, A. A.; FRANÇA, J.I. Prevenção do câncer de colo do útero: um modelo teórico para analisar o acesso e a utilização do teste de papanicolau. Recife-PE: **Revista Bras. Enferm. Saúde Matern. Infant**. n.3, v.1, p. 95-112, 2003.

POSSARI, J. F. **Prontuário do usuário e os registros**

de enfermagem. São Paulo: Ítátria, 1ª Ed, 2005.

SÃO PAULO (Estado). **Manual de Treinamento Introdutório do Programa Saúde da Família.** São Paulo: Secretaria da Saúde, 2002.

SANTOS, M. **O Idoso na Comunidade: Atuação da Enfermagem.** Tratado de Gerontologia. São Paulo: Editora Atheneu, 2. ed., 2007.

SANTA MARCELINA. **Manual de puericultura.** São Paulo: PSF/Qualis, 2000.

SANTOS, H, C. A E MATOS, S. M. T. **Enfermagem comunitária.** Coordenação de: Emília Emi kawamoto. São Paulo; EPU. 1995.

SÃO PAULO (Cidade). Caderno temático da criança: princípios do atendimento à criança. São Paulo: Secretaria Municipal da Saúde, 2003.

SÃO PAULO (Estado). **Educação em Saúde: Planejando as ações Educativas – Teoria e Prática.** Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. São Paulo: CVE, 1997.

SARTORI, G.S.; VAN DER SAND, I.C.P.; Grupo de gestantes: espaço de conhecimentos de trocas e de vínculo entre os participantes. São Paulo: **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.06, n. 02, p. 153-165, 2004.

SAVAGE, K.F. Como ajudar as mães a amamentar. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

SILVA, da. R. C. L.1 PORTO, I. S.; FIGUEIREDO de, N. M. A.. Reflexões acerca da assistência de enfermagem e o discurso de Humanização em terapia intensiva. Rio de Janeiro: **Rev. Enferm. Esc Anna Nery**, mar; 12 (1): 156 – 9,2008.

SILVA, de O. L. **A visita domiciliar como ação para promoção da saúde da família: um estudo crítico sobre as ações do enfermeiro.** Rio de Janeiro: UFRJ, 2009.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Nutrologia. Rio de Janeiro: SBP, fev.2007.

WESTPHAL, M. F.; SASSAKI, T. H.; BARDOU, M.M. **O Educador e o Hospital: A educação, uma força positiva dentro de uma instituição de saúde – o hospital infantil** – Disponível em <<http://www.pediatriasão-paulo.usp.br>. Acesso em: 20 de março de 2012.

WONG, D.L. **Enfermagem pediátrica: elementos essenciais à intervenção efetiva**, 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.

Anotações
