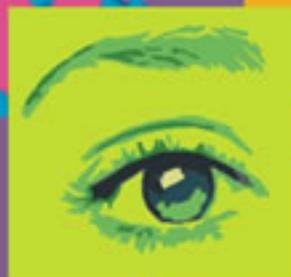


Ministério da Saúde

*P*rofissionalização de *A*uxiliares de *E*nfermagem

Cadernos do Aluno



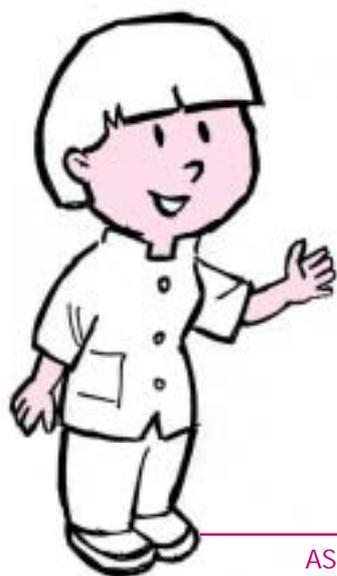
SAÚDE DO ADULTO
ASSISTÊNCIA CLÍNICA / ÉTICA PROFISSIONAL

Brasília - DF

4

Profissionalização de **A**uxiliares de **E**nfermagem

Cadernos do Aluno



SAÚDE DO ADULTO:
ASSISTÊNCIA CLÍNICA / ÉTICA PROFISSIONAL



*Ministério da Saúde
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Departamento de Gestão da Educação na Saúde
Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem*

Profissionalização de **A**uxiliares de **E**nfermagem

Cadernos do Aluno

Série F. Comunicação e Educação em Saúde
2ª Edição
1ª Reimpressão



SAÚDE DO ADULTO:
ASSISTÊNCIA CLÍNICA / ÉTICA PROFISSIONAL



Brasília - DF
2003

© 2001. Ministério da Saúde.

É permitida a reprodução total ou parcial desta obra, desde que citada a fonte

Série F. Comunicação e Educação em Saúde

Tiragem: 2.^a edição - 1.a reimpressão - 2003 - 100.000 exemplares

Elaboração, distribuição e informações:

MINISTÉRIO DA SAÚDE

Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde

Departamento de Gestão da Educação na Saúde

Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem

Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.^o andar, sala 733

CEP: 700058-900, Brasília - DF

Tel.: (61) 315 2993

Fundação Oswaldo Cruz

Presidente: Paulo Marchiori Buss

Diretor da Escola Nacional de Saúde Pública: Jorge Antonio Zepeda Bermudez

Diretor da Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio: André Paulo da Silva Malhão

Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem

Coordenação - PROFAE: Leila Bernarda Donato Göttems, Solange Baraldi

Coordenação - FIOCRUZ: Antonio Ivo de Carvalho

Colaboradores: Elda Coelho de Azevedo Bussinguer, Fabiana Gonring Xavier, Fábio Lúcio Tavares, Francisco Carlos Felix Lana, Giovana Barbosa Fonseca, Giselle Raquel Israel, Hidê Benetti de Paula, Jane Salete Teixeira, Leila Bernarda Donato Göttems, Maria Cecília Ribeiro, Maria Regina Araújo Reicherte Pimentel, Marta de Fátima Lima Barbosa, Sandra Ferreira Gesto Bittar, Solange Baraldi, Taka Oguisso, Tânia Maria de Almeida Silva, Teresa Cristhine Pereira Moraes, Vânia Azevedo Travassos

Capa e projeto gráfico: Carlota Rios, Adriana Costa e Silva

Editoração eletrônica: Carlota Rios, Ramon Carlos de Moraes

Ilustrações: Marcelo Tibúrcio, Maurício Veneza

Revisores de português e copidesque: Maria Conceição Ferreira, Marcia Maisa pelachin

Apoio: Abrasco

Impresso no Brasil/ *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem.

Profissionalização de auxiliares de enfermagem: cadernos do aluno: saúde do adulto, assistência clínica, ética profissional / Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde, Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. - 2. ed., 1.a reimpr. - Brasília: Ministério da Saúde; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

164 p.: il. - (Série F. Comunicação e Educação em Saúde)

ISBN 85-334-0547-2

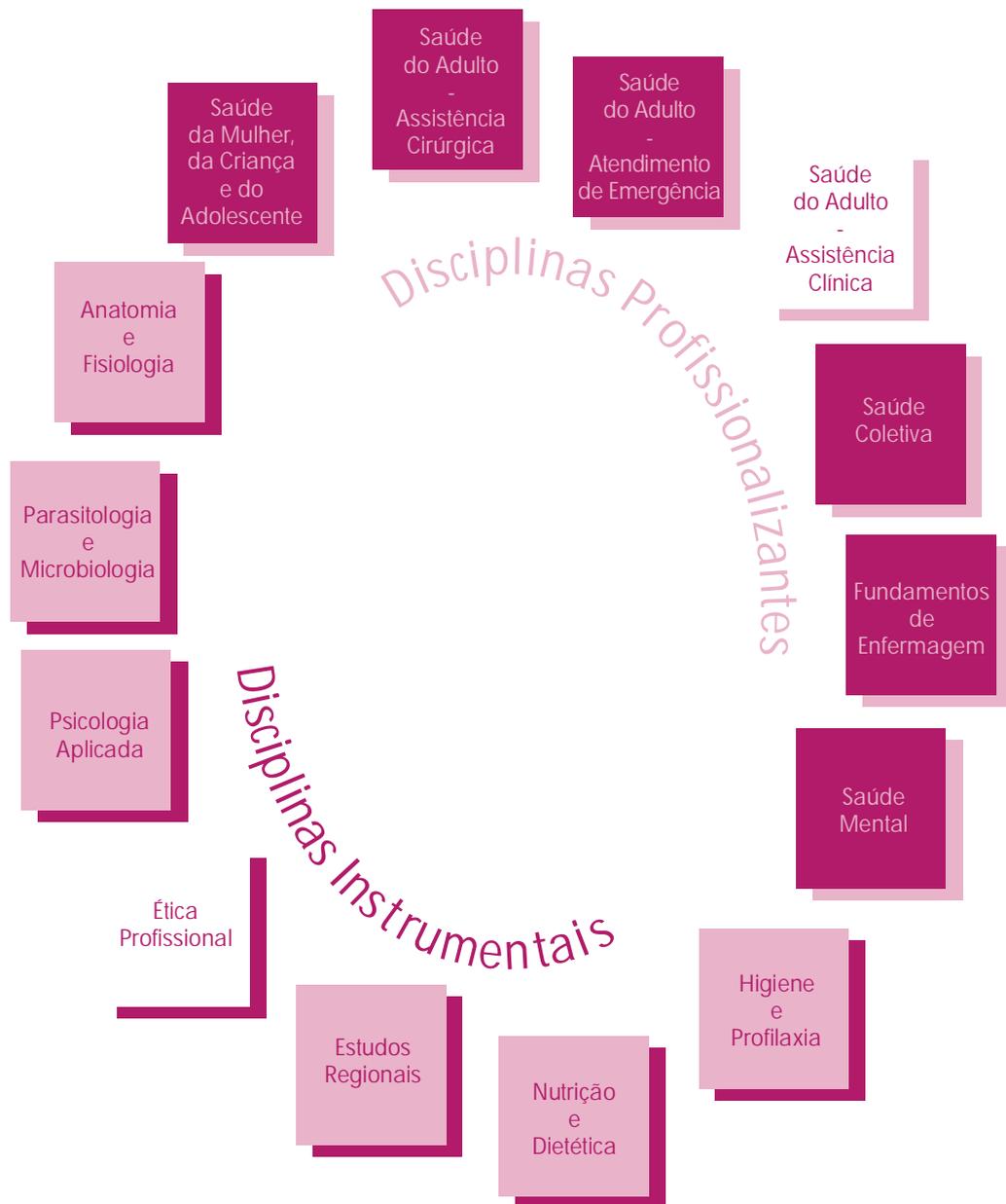
1. Educação Profissionalizante. 2. Auxiliares de Enfermagem. 3. Saúde do Adulto. 4. Ética Profissional. I. Brasil. Ministério da Saúde. II. Brasil. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem. III. Título. IV. Série.

NLM WY 18.8

Catálogo na fonte - Editora MS

SUMÁRIO

- 1 *Apresentação* ————— *pág 7*
- 2 *Assistência Clínica* ————— *pág 9*
- 3 *Ética Profissional* ————— *pág 103*



MINISTÉRIO DA SAÚDE

SECRETARIA DE GESTÃO DO TRABALHO E DA EDUCAÇÃO NA SAÚDE

PROJETO DE PROFISSIONALIZAÇÃO DOS TRABALHADORES DA ÁREA DE ENFERMAGEM

O processo de construção de Sistema Único de Saúde (SUS) colocou a área de gestão de pessoal da saúde na ordem das prioridades para a configuração do sistema de saúde brasileiro. A formação e o desenvolvimento dos profissionais de saúde, a regulamentação do exercício profissional e a regulação e acompanhamento do mercado de trabalho nessa área passaram a exigir ações estratégicas e deliberadas dos órgãos de gestão do Sistema.

A descentralização da gestão do SUS, o fortalecimento do controle social em saúde e a organização de práticas de saúde orientadas pela integralidade da atenção são tarefas que nos impõem esforço e dedicação. Lutamos por conquistar em nosso país o Sistema Único de Saúde, agora lutamos por implantá-lo efetivamente.

Após a Constituição Federal de 1988, a União, os estados e os municípios passaram a ser parceiros de condução do SUS, sem relação hierárquica. De meros executores dos programas centrais, cada esfera de governo passou a ter papel próprio de formulação da política de saúde em seu âmbito, o que requer desprendimento das velhas formas que seguem arraigadas em nossos modos de pensar e conduzir e coordenação dos processos de gestão e de formação.

Necessitamos de desenhos organizacionais de atenção à saúde capazes de privilegiar, no cotidiano, as ações de promoção e prevenção, sem prejuízo do cuidado e tratamento requeridos em cada caso. Precisamos de profissionais que sejam capazes de dar conta dessa tarefa e de participar ativamente da construção do SUS. Por isso, a importância de um "novo perfil" dos trabalhadores passa pela oferta de adequados processos de profissionalização e de educação permanente, bem como pelo aperfeiçoamento docente e renovação das políticas pedagógicas adotadas no ensino de profissionais de saúde.

Visando superar o enfoque tradicional da educação profissional, baseado apenas na preparação do trabalhador para execução de um determinado conjunto de tarefas, e buscando conferir ao trabalhador das profissões técnicas da saúde o merecido lugar de destaque na qualidade da formação e desenvolvimento continuado, tornou-se necessário qualificar a formação pedagógica dos docentes

para esse âmbito do ensino. O contato, o debate e a reflexão sobre as relações entre educação e trabalho e entre ensino, serviço e gestão do SUS, de onde emanam efetivamente as necessidades educacionais, são necessários e devem ser estruturantes dos processos pedagógicos a adotar.

Não por outro motivo, o Ministério da Saúde, já no primeiro ano da atual gestão, criou uma Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde, que passa a abrigar o Projeto de profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem (PROFAE) em seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde. Dessa forma, o conjunto da Educação Profissional na Área da Saúde ganha, na estrutura de gestão ministerial, nome, lugar e tempo de reflexão, formulação e intervenção. As reformulações e os desafios a serem enfrentados pela Secretaria repercutirão em breve nas políticas setoriais federais e, para isso, contamos com a ajuda, colaboração, sugestões e críticas de todos aqueles comprometidos com uma educação e um trabalho de farta qualidade e elevada dignidade no setor da saúde.

O Profae exemplifica a formação e se insere nesta nova proposta de educação permanente. É imprescindível que as orientações conceituais relativas aos programas e projetos de formação e qualificação profissional na área da saúde tenham suas diretrizes revistas em cada realidade. Essa orientação vale mesmo para os projetos que estão em execução, como é o caso do Profae. O importante é que todos estejam comprometidos com uma educação e um trabalho de qualidade. Esta compreensão e direção ganham máxima relevância nos cursos integrantes do Profae, sejam eles de nível técnico ou superior, pois estão orientadas ao atendimento das necessidades de formação do segmento de trabalhadores que representa o maior quantitativo de pessoal de saúde e que, historicamente, ficava à mercê dos "treinamentos em serviço", sem acesso à educação profissional de qualidade para o trabalho no SUS. O Profae vem operando a transformação desta realidade. Precisamos estreitar as relações entre os serviços e a sociedade, os trabalhadores e os usuários, as políticas públicas e a cidadania e entre formação e empregabilidade.

Sabe-se que o investimento nos recursos humanos no campo da saúde terá influência decisiva na melhoria dos serviços de saúde prestados à população. Por isso, a preparação dos profissionais-alunos é fundamental e requer material didático criterioso e de qualidade, ao lado de outras ações e atitudes que causem impacto na formação profissional desses trabalhadores. Os livros didáticos para o Curso de Qualificação Profissional de Auxiliar de Enfermagem, já em sua 3ª edição, constituem-se, sem dúvida, em forte contribuição no conjunto das ações que visam a integração entre educação, serviço, gestão do SUS e controle social no setor de saúde.

Humberto Costa
Ministro de Estado da Saúde

A Assistência Clínica



ÍNDICE

1	<i>Apresentação</i>	13
2	<i>O Processo Saúde/Doença</i>	14
	2.1 <i>Assistência de enfermagem e as relações interpessoais com o cliente, a família e a equipe multidisciplinar</i>	17
3	<i>Disfunções Cardiocirculatórias</i>	18
	3.1 <i>Hipertensão arterial</i>	19
	3.2 <i>Arritmias cardíacas</i>	22
	3.3 <i>Angina</i>	23
	3.4 <i>Infarto agudo do miocárdio</i>	26
	3.5 <i>Edema agudo do pulmão</i>	27
	3.6 <i>Doenças infecciosas do coração</i>	28
4	<i>Disfunções Respiratórias</i>	31
	4.1 <i>Enfisema</i>	32
	4.2 <i>Bronquite Crônica</i>	33
	4.3 <i>Asma</i>	33
	4.4 <i>Pneumonia</i>	35
	4.5 <i>Insuficiência respiratória</i>	36
5	<i>Disfunções Digestórias</i>	38
	5.1 <i>Gastrite</i>	39
	5.2 <i>Úlceras pépticas</i>	39
	5.3 <i>Hepatite</i>	41
	5.4 <i>Hemorragia digestiva</i>	43
	5.5 <i>Sangramento do estômago</i>	43
	5.6 <i>Cirrose hepática</i>	44
	5.7 <i>Pancreatite</i>	45

6	<i>Disfunções Metabólicas</i>	47
	6.1 <i>Diabetes Mellitus</i>	47
	6.2 <i>Hipo e Hipertireoidismo</i>	55
7	<i>Disfunções Urinárias</i>	57
	7.1 <i>Retenção urinária</i>	58
	7.2 <i>Incontinência urinária</i>	59
	7.3 <i>Cistite</i>	59
	7.4 <i>Urolitíase</i>	60
	7.5 <i>Glomerulonefrite</i>	62
	7.6 <i>Insuficiência renal aguda</i>	63
8	<i>Disfunções Hematológicas</i>	65
	8.1 <i>Anemia</i>	65
	8.2 <i>Leucemia</i>	68
	8.3 <i>Hemofilia</i>	69
9	<i>Disfunções Neurológicas</i>	70
	9.1 <i>Acidente vascular cerebral ou encefálico</i>	70
	9.2 <i>Doenças degenerativas</i>	73
	9.3 <i>Coma: alterações da consciência</i>	76
10	<i>Neoplasias</i>	80
	10.1 <i>Orientações à pessoa em tratamento quimioterápico</i>	85
11	<i>Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Sida/Aids</i>	87
	11.1 <i>Doenças oportunistas</i>	91
	11.2 <i>Medicamentos anti-retrovirais</i>	94
12	<i>Cuidando da pessoa em estado terminal</i>	96
13	<i>Referências Bibliográficas</i>	99

Assistência Clínica



1- APRESENTAÇÃO

Este livro visa explicitar, aos alunos de qualificação profissional de nível médio – auxiliares de enfermagem –, os principais conteúdos de Clínica Médica, considerando que, na atualidade, fatores como o aumento da expectativa de vida e o avanço tecnológico aliado às inovações terapêuticas, favorecem sobremaneira tanto o processo de reabilitação do doente agudo como um melhor controle do doente crônico.

Para a elaboração do presente trabalho foram selecionadas algumas patologias de acordo com as prioridades epidemiológicas. Ressalte-se que os textos não se limitaram a descrever apenas as disfunções fisiológicas; seu entendimento buscou contemplar os aspectos psicossociais imprescindíveis para o bom atendimento (sob a ótica de se ver o ser humano em seu todo), já que a equipe de enfermagem se propõe a cuidar do doente e não da doença.

Achamos pertinente que sua finalização fosse o capítulo “Assistência ao Cliente Terminal”, tema que se constitui em verdadeiro desafio para os profissionais de saúde, por integrar parte de seu dia-a-dia.

Esperamos que o conteúdo apresentado possa favorecer o embasamento teórico necessário para o oferecimento de uma assistência de enfermagem efetivamente mais segura, bem como suscitar reflexões no sentido de cuidar da forma mais digna possível, considerando, nesse mister, as opções do cliente e sua família.

2- O PROCESSO SAÚDE/DOENÇA

O conceito de doença, o seu significado para o homem e as formas de abordá-la têm sofrido variações com o passar do tempo. Assim, podemos agrupar os diversos conceitos em dois grandes grupos: a concepção ontológica e a concepção dinâmica.

A **concepção ontológica** relaciona o aparecimento da doença a um poder externo, com existência independente, capaz de penetrar no organismo sadio e provocar reações e lesões fisiopatológicas. Baseia-se na existência de um único fator responsável pelo aparecimento da doença: a **unicausalidade** – ou seja, provocada por uma causa única.

Essa concepção surgiu no final do século XIX, com a medicina moderna, a partir do desenvolvimento da clínica, e sustentou a teoria dos germes ou das doenças infecciosas. Nesse período procurava-se, para cada doença, o seu agente específico (em geral, uma bactéria, vírus, protozoário ou fungo). Sua aplicabilidade foi responsável pelo isolamento de vários agentes microbianos, bem como definição das formas de transmissão e prevenção e tratamento, mediante uso de vacinas, antibióticos, isolamento e quarentena.

A **concepção dinâmica**, por sua vez, procura explicar o aparecimento da doença a partir do desequilíbrio entre o organismo e o ambiente, o qual traria alterações patológicas no homem. Contrariamente à concepção ontológica, admite que este desequilíbrio pode ser causado pela **multicausalidade** - ou seja, vários fatores ou causas associadas.

Entretanto, esse pensamento não é novo. Já na Grécia Antiga, a doença era considerada como a perda de harmonia entre o corpo e os elementos da natureza. Apesar de esta maneira de pensar nunca ter deixado de existir, ressurgiu quando a teoria dos germes não mais consegue explicar a causa de várias doenças não-infecciosas - como as doenças crônicas, surgidas no início do século XX com o processo de industrialização e urbanização, sem nenhuma relação com os agentes microbianos.

A idéia de multicausalidade propõe a existência de um processo interativo e de equilíbrio entre três elementos: o agente, o homem e o ambiente – nos quais o surgimento de um desequilíbrio levaria à doença. A partir desse entendimento, desenvolveu-se a noção de risco, isto é, o risco que as pessoas estariam correndo de ter esta ou aquela doença em função de sua exposição a este ou aquele fator presente nelas mesmas, no ambiente ou no agente.



Desta forma, várias doenças consideradas crônico-degenerativas passaram a ser estudadas sob a perspectiva de controle dos fatores de risco implícitos a cada uma delas, propondo medidas preventivas relacionadas ao **indivíduo** (modificação dos estilos de vida: dieta, exercício, etc.); ao **agente** (controle da produção de alimentos, uso adequado de antibióticos, etc.) e ao **ambiente** (controle da poluição ambiental).

Esta concepção tem produzido resultados importantes para a prevenção de uma série de doenças, especialmente as consideradas crônico-degenerativas. Como exemplo, podemos citar o sedentarismo e altas taxas de colesterol, como fatores de risco para doenças coronarianas; e o tabagismo, para o câncer.

Com certeza, poderíamos levantar uma série de doenças que não seriam explicadas por apenas um fator causal, mas sim por uma combinação de vários elementos que, interagindo com o homem, seriam responsáveis pela produção da doença.

Com base nesse raciocínio, as principais razões do adoecimento estariam ligadas, em grande medida, aos hábitos ou estilos de vida das pessoas, que passam a ser consideradas responsáveis por suas próprias doenças – porque, de acordo com a visão dos profissionais de saúde, sabem dos fatores de risco mas, mesmo assim, de forma “autônoma”, não mudam o modo de vida.

Essa forma de pensar tem recebido inúmeras críticas porque coloca o indivíduo e a doença isolados do contexto social e econômico, mascarando o caráter social da doença – a qual deve ser estudada dentro de um contexto mais amplo, o do adoecimento, que inclui as condições de vida e de trabalho a que os indivíduos estão expostos nesta sociedade.

Muitas vezes, por condições de vida, emprego, acesso à educação e à saúde não favoráveis de seus antecedentes, o indivíduo tem menor possibilidade de chance de ter uma vida digna e provida de condições favoráveis. Assim, o que era responsabilidade quase que exclusiva da pessoa, ao não adquirir hábitos saudáveis, evitando os fatores de risco, passa, em função dessas aludidas condições e da má redistribuição de renda, a ser também responsabilidade da sociedade.

Atualmente, em função do entendimento de que problemas sociais têm presença marcante na manifestação das doenças, haja vista serem problemas gerados na e pela sociedade, isto pode gerar um novo modo de agir dos profissionais de saúde, criando condições para o desenvolvimento de uma nova prática em saúde.

Como identificar a clientela que procura assistência clínica?

Os clientes que procuram a assistência clínica são, geralmente, constituídos por indivíduos adultos jovens e idosos, acometidos de



Com base em sua experiência, procure listar doenças e seus diversos fatores causais.



Condições de vida são os fatores inter-relacionados à subsistência, nutrição, habitação, saneamento básico, lazer e meio ambiente; já condições de trabalho relacionam-se ao tipo e as condições de execução do trabalho pela pessoa, o que pode causar maior ou menor desgaste.

disfunções orgânicas de caráter agudo ou crônico. Sendo assim, a finalidade da assistência aos mesmos busca identificar, remover e/ou minimizar os fatores desencadeantes das situações clínicas apresentadas e restabelecer o equilíbrio orgânico com o mínimo de seqüela possível. Faz-se importante, ainda, considerar sua interação com o ambiente.

No entanto, grande parte dos atendidos possuem alguma enfermidade crônica ou crônico-degenerativa. Esse fato significa que os sinais e sintomas do adoecimento destas pessoas não ocorreram de forma súbita, ou seja, no momento em que procuram os serviços de saúde. A doença, com certeza, já se havia instalado em algum período anterior indeterminado.

De acordo com a evolução da patologia desses clientes, a busca dos serviços de saúde - rede básica de atendimento e/ou rede hospitalar - começa a fazer parte das suas necessidades, e quanto “mais doentes” forem mais necessitarão de internações em hospitais até que retornem a um equilíbrio aceitável e ao convívio cotidiano.

A hospitalização costuma acontecer em momentos agudos, nos quais há desequilíbrio entre saúde-doença, correlacionado ou não aos processos crônicos implícitos à patologia. Por exemplo, um cliente com doença pulmonar obstrutiva crônica apresenta grandes possibilidades de desenvolver pneumonias - que podem ou não estar relacionadas com a patologia de base.

Para melhor entendimento, imagine que a doença não é um acontecimento isolado, mas presente no dia-a-dia das pessoas, medida como uma balança, onde, por um lado, vários fatores pendem para a saúde; por outro, vários favorecem a ocorrência de doenças. Assim, o prazer, a alegria, o lazer, o trabalho gratificante, o alimentar-se bem favorecem nosso lado saudável, diferentemente da tristeza, do estresse, da falta de trabalho e da desnutrição.

Nesse contexto, é importante distinguir os conceitos de doença aguda, crônica e crônico-degenerativa:

- **Aguda** - situação que se instala abruptamente, produz sinais e sintomas logo após a exposição à causa, em um período determinado para sua recuperação. Pode ser decorrente de processos crônicos (complicações e/ou sintomas) e/ou infecciosos;
- **Crônica** - são problemas de longo prazo, devidos à distúrbio ou acúmulo de distúrbios irreversíveis, ou estado patológico latente; apresenta evolução prolongada e sua resolução ocorre de maneira parcial;
- **Crônico-degenerativa** - são situações de evolução lenta e gradual, geralmente assintomáticas, e não têm causa e/ou

tratamento definidos. A assistência objetiva o controle dos fatores desencadeantes. Ressalte-se que a questão social e ambiental é importante fator de controle.

Dentre outras, as prioridades epidemiológicas que hoje demandam assistência clínica ambulatorial e/ou hospitalar são as doenças do aparelho cardiocirculatório e respiratório, neoplasias, doenças reumáticas não-infecciosas, disfunções renais e cirrose hepática, especialmente nos homens – as quais serão abordadas ao longo do texto. Atualmente, a pessoa com AIDS também apresenta uma condição crônica de doença, na medida em que o tratamento pode ampliar sua expectativa de vida, tornando necessário um rigoroso controle clínico para minimizar o acúmulo de distúrbios ou estado patológico latente.

Portanto, independentemente da patologia, em cada cliente que você cuida faz-se necessário atentar para o fato de que o mesmo está inserido num meio social particular, tem um modo de trabalhar e de se relacionar com o meio ambiente e as pessoas que estão ao seu redor, bem como consigo mesmo, o que determina formas de adoecer e morrer peculiares.

Embora tal entendimento esteja claro, você pode, no cotidiano, deparar-se com contradições nas formas de executar o cuidado de enfermagem, pois a assistência hospitalar é influenciada, predominantemente, pelo modelo que nega a produção social das formas de adoecer-morrer, priorizando o controle das manifestações biológicas (modelo clínico-assistencial) que apresenta parâmetros mais definidos e, portanto, de domínio mais fácil.

2.1 Assistência de enfermagem e as relações interpessoais com o cliente, a família e a equipe multidisciplinar

A enfermagem profissional ou moderna teve início na segunda metade do século XIX, quando passa a integrar-se ao trabalho do hospital, e tem por finalidade a recuperação do corpo biológico dos doentes, ou seja, o modelo clínico de assistência - até hoje dominante na assistência à saúde. Apesar do grande desenvolvimento tecnológico, esse modelo não vem conseguindo resolver os graves problemas de saúde da maioria da população brasileira, especialmente quando esta recuperação traz, implícitas, condições sociais desfavoráveis tais como acesso aos serviços de saúde, emprego, alimentação, transporte, etc.



Doenças anteriormente consideradas agudas, como o infarto agudo do miocárdio, acidentes vasculares cerebrais e insuficiência cardíaca congestiva são, atualmente reconhecidas como episódios agudos de condições crônicas.



Contradição – É o desacordo entre palavras e ações; incoerência entre a afirmação atual e a anterior.



O controle da pressão arterial, por exemplo, apresenta parâmetros matemáticos bem definidos, traduzidos em valores mensuráveis, mas como estabelecer essa relação com os diversos problemas sociais?





Alguns familiares são mais eficazes que outros nas tarefas de adaptação; portanto, a equipe não deve fazer julgamentos sobre a percepção da doença pelo cliente e familiares.

A condição crônica de adoecimento exige que a pessoa faça uma série de adaptações em sua vida, seja nos aspectos fisiológico, psicológico, social, o que representa verdadeiro desafio ao cuidador, seja na família, seja nas instituições de saúde.

Os clientes reagem ao mesmo diagnóstico e/ou fase da doença de formas diferenciadas, utilizando-se de diferentes comportamentos físicos, cognitivos e verbais. Por seu lado, os familiares também passam por momentos de adaptação e compreensão durante a fase diagnóstica e do adoecimento – o que lhes exigirá, além dos problemas diários, modificações em suas demandas de recursos pessoais e sociais. Assim sendo, é importante orientá-los quanto à manutenção da autonomia do cliente, apesar da tendência à dependência mútua.

Tendo em vista a complexidade do cuidado ao doente crônico, faz-se necessário considerar a interação entre a equipe multidisciplinar, o cliente e sua família, visando proporcionar-lhes segurança e conforto no decorrer do tratamento.

Como o período de adaptação é contínuo, e onde surgem as mais variadas necessidades, obviamente um único profissional não conseguirá atender a todas as demandas. Por isso, é importante que a equipe de enfermagem, médicos, nutricionistas, fisioterapeutas, psicólogos, assistentes sociais, dentre outros, mantenha a interação necessária para fornecer a terapêutica e orientação mais apropriada a cada tipo de cliente.

3- DISFUNÇÕES CARDIOCIRCULATÓRIAS



O avanço da tecnologia cirúrgica tem possibilitado reverter as disfunções circulatórias de origem congênita, garantindo ao indivíduo uma qualidade de vida sem seqüelas, ou seja, sem as conseqüências decorrentes da doença.

As disfunções circulatórias levam as pessoas a adoecerem. Estas podem ser de origem congênita, ou seja, a pessoa já nasce com a doença, como a deficiência na formação de válvulas cardíacas; infecciosa, produzida por bactérias que acometem as vias aéreas superiores, por doenças reumáticas infecciosas ou crônico-degenerativas, que não apresentam uma causa definida e, conseqüentemente, não têm cura, mas podem ser controladas. Tais disfunções, quando não controladas, geram complicações e se transformam nas principais causas de morte no Brasil e no mundo.

A história familiar, a idade, o sexo e a raça, associados a fatores de risco relacionados ao estilo de vida das pessoas, como dieta rica em sal, gordura, carboidratos, uso do álcool, do fumo e de outras drogas, bem como o estresse da vida moderna, poderão propiciar o aparecimento de doenças crônico-degenerativas como: hiper-

tensão arterial, angina do peito, infarto agudo do miocárdio, acidente vascular cerebral, insuficiência vascular periférica, entre outras.

A base da formação das doenças crônico-degenerativas, ligadas às disfunções circulatórias, tem como ponto inicial as alterações dos vasos sanguíneos. Com o envelhecimento, por exemplo, as artérias vão perdendo sua elasticidade, tornando-se mais endurecidas. Este fenômeno, quando associado aos fatores de risco, poderá antecipar o endurecimento precoce das artérias (arteriosclerose), como também propiciar a deposição de placas de gorduras em seu interior (ateromas) causando a aterosclerose. Estas alterações levam à oclusão parcial ou total das artérias e até o seu rompimento.

3.1 Hipertensão arterial

Ao estudar a anatomia e fisiologia do sistema cardiovascular, pode-se entender que o coração bombeia o sangue para os demais órgãos do corpo por meio das artérias. Nesse momento, o sangue é “empurrado” contra a parede dos vasos sanguíneos. Esta tensão, que é gerada na parede das artérias, é denominada pressão arterial, que é o resultado da contração do coração a cada batimento e da contração dos vasos quando o sangue por eles passa. Esta pressão é necessária para que o sangue consiga chegar aos locais mais distantes, como, por exemplo, a extremidade dos pés.

Os números de uma medida de pressão arterial representam o valor da pressão calibrada em milímetros de mercúrio (mmHg). O primeiro número, ou o de maior valor, é chamado de pressão arterial sistólica ou máxima, que é a pressão do sangue nos vasos quando o coração se contrai (sístole) para impulsionar o sangue para o resto do corpo; o segundo número, ou o de menor valor, é chamado de pressão arterial diastólica ou mínima. Nesse caso, o coração encontra-se na fase de relaxamento (diástole).

A Organização Mundial de Saúde padronizou a medida normal da pressão arterial entre os limites de 120/80mmHg a 140/90mmHg.

O local mais comum de verificação da pressão arterial é no braço, usando como ponto de ausculta a artéria braquial. O equipamento utilizado é o esfigmomanômetro e, para auscultar os batimentos, usa-se o estetoscópio.

A pressão arterial sofre a influência de fatores, tais como: dieta rica em sal, gordura, obesidade, tabagismo, estresse, alguns medicamentos, sedentarismo, dentre outros. Portanto, a exposição dos in-



divíduos a estas condições, denominadas de **fatores de risco**, pode elevar o nível da pressão arterial.

E o que é hipertensão arterial? Também conhecida como “pressão alta”, é definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg, e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg em pessoas que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Esta elevação anormal pode causar lesões em diferentes órgãos do corpo humano, sendo a hipertensão arterial um dos principais fatores associados ao desenvolvimento de doenças cardiovasculares, como a insuficiência coronariana, insuficiência cardíaca, e a outras doenças, como insuficiência renal e acidente vascular cerebral.

Apesar de tantos malefícios, a hipertensão arterial é ainda pouco valorizada, enquanto problema de saúde, pelas pessoas e até mesmo por profissionais de saúde despreparados técnica e conceitualmente. Vários fatores contribuem para esse descaso, como, por exemplo, o fato de a hipertensão, quase sempre, não apresentar qualquer sintoma, o que muitas vezes dificulta o diagnóstico e a adesão ao tratamento.

Existem dois tipos de hipertensão arterial: hipertensão **primária**, hoje chamada de hipertensão arterial sistêmica, e **secundária**. A hipertensão sistêmica corresponde a 90% dos casos e se caracteriza por não haver uma causa conhecida, enquanto os 10% restantes correspondem à hipertensão secundária, onde é possível identificar uma causa, como, por exemplo, problemas renais, tumores de supra-renal e algumas doenças endócrinas.

O **diagnóstico** é feito através da medida da pressão arterial, porém uma medida isolada não é suficiente, sendo recomendado duas ou mais medidas em momentos diferentes, quando da suspeita de hipertensão arterial. As medidas devem ser obtidas em ambos os braços, com a pessoa nas posições - sentada e deitada.

Até poucos anos atrás, o **tratamento** do hipertenso era centrado no uso da medicação. À medida que foi sendo estudada a correlação com os fatores de risco citados, anteriormente, iniciou-se uma nova abordagem, valorizando as mudanças de estilo de vida, associadas ou não ao uso de medicamentos.

É recomendado que o **hipertenso grau I** (leve) seja controlado mediante uma dieta equilibrada, com diminuição da ingestão de sal, com a prática de atividade física regular, controle do peso corporal, abandono do consumo de cigarros, álcool e outras drogas, quando for o caso.

O **hipertenso grau II e III** (moderado e grave), além do controle dos fatores de risco modificáveis, necessitará da utilização de medicamentos para o resto da vida.

Quatro grupos de medicamentos são utilizados no tratamento da hipertensão: diuréticos, betabloqueadores, inibidores da enzima conversora de angiotensina e os bloqueadores de cálcio. A prescrição do medicamento depende da idade do portador, das doenças associadas, do custo, dos efeitos colaterais, da experiência clínica e da organização do serviço de saúde.

O **tratamento não-medicamentoso** da hipertensão tem como objetivo principal a prevenção de complicações (lesões de órgão-alvo), pois é muito comum um portador de hipertensão deixar de lado o tratamento por achar que está curado, voltando então a níveis pressóricos altos. Este é um erro básico, e uma boa orientação visa conscientizar o hipertenso de que, embora não haja cura, um controle adequado de sua pressão arterial é suficiente para prevenir lesão de órgão-alvo. Nos casos de hipertensão secundária, onde há possibilidade de identificar sua causa, na grande maioria das vezes, o tratamento é possível, assim como a cura.

Ao contrário do que a maioria das pessoas imagina, a hipertensão pode estar presente sem qualquer sintoma associado (assintomático). Os sintomas que podem sugerir relação com a hipertensão devem ser muito bem caracterizados. Muitas pessoas podem apresentar: dor no peito, cefaléia occipital e matinal, edema nos membros superiores e inferiores ao final do dia, escotomas, irritabilidade, cansaço aos esforços, tonturas e dispnéia.

Os cuidados com as pessoas hipertensas estão centrados no controle da pressão arterial, no uso correto da medicação prescrita, bem como no incentivo à prática de atividades físicas e mentais.

O cliente e sua família são os principais atores desse controle, e o auxiliar de enfermagem é um facilitador das mudanças necessárias para a manutenção de níveis pressóricos adequados.

É fundamental o papel de educador a ser desempenhado por toda a equipe de saúde, na **orientação** ao cliente e seus familiares, quanto à importância da mudança de hábitos de vida, de modo que se possa controlar os fatores de risco modificáveis, tais como: estresse; glicose e colesterol alto, sedentarismo, obesidade, consumo excessivo de sal, álcool, fumo e drogas ilícitas.

Os programas educacionais e de assistência ao hipertenso têm obtido resultados satisfatórios, possibilitando um controle adequado apenas em nível ambulatorial, diminuindo o índice de hospitalização e prevenindo as complicações cardíacas. Hoje, quando um hipertenso chega a hospitalizar-se, o motivo mais comum é a elevação súbita da pressão arterial (crise hipertensiva), ou as manifestações de lesões crônicas decorrentes da hipertensão não-controlada.



Órgão-alvo – É aquele em que, preferencialmente, ocorre lesões de artérias, tais como: olhos, cérebro, coração, rins e membros inferiores.



Cefaléia occipital – É a dor de cabeça localizada na região da “nuca”.

Escotomas – São alterações visuais referidas popularmente por “estrelinhas” ou “pontos luminosos”.



A atividade física regular, como caminhadas em locais adequados, fortalece as artérias, ajuda o sangue venoso a retornar ao coração, alivia o estresse e melhora a atividade cardíaca.



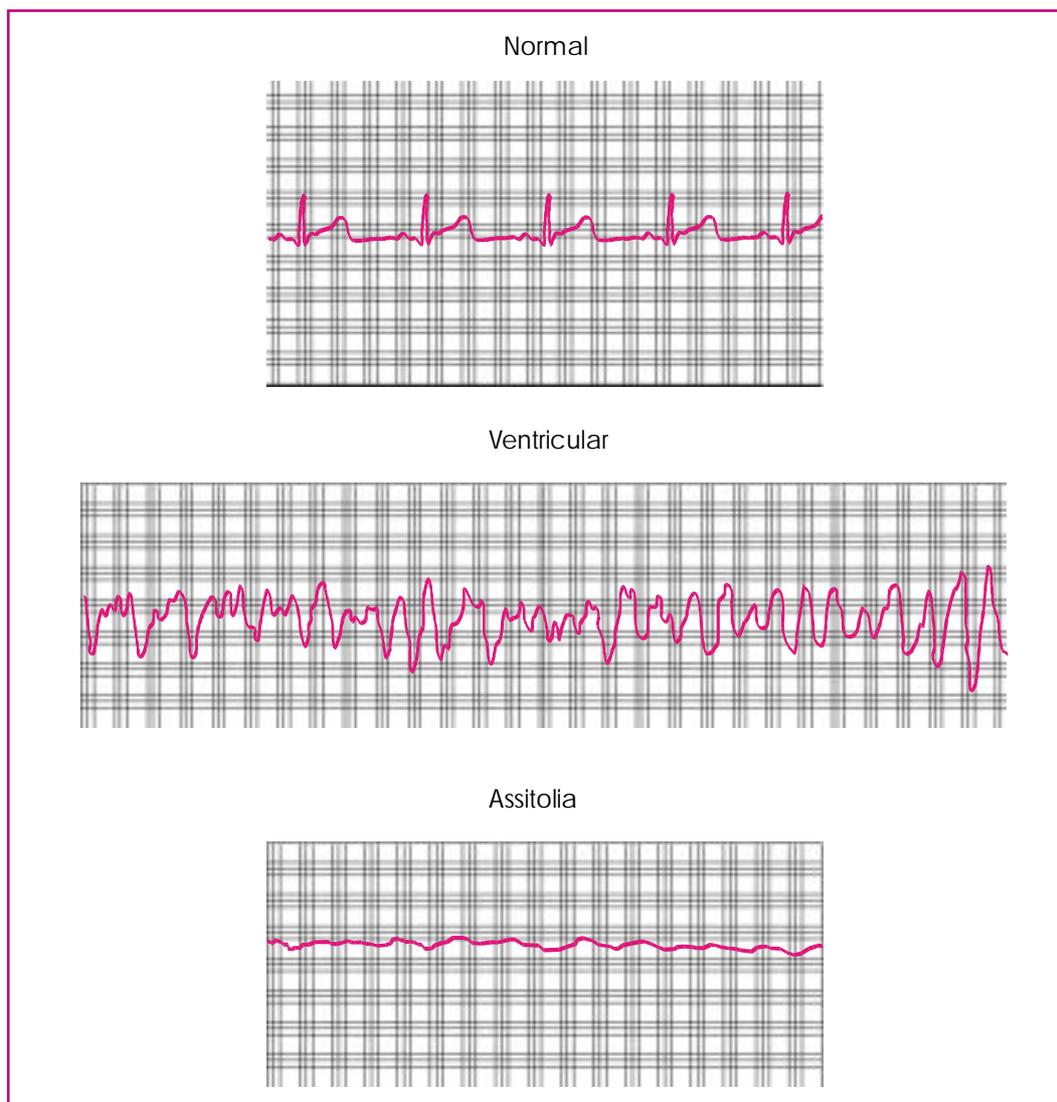
O eletrocardiograma (ECG) registra a atividade elétrica do coração, permitindo diagnosticar uma vasta gama de distúrbios cardíacos. Eletrodos são conectados aos pulsos, tornozelos e peito. São ativados 2 eletrodos de cada vez. Cada registro representa a atividade elétrica de uma região do coração. Quando auxiliar este procedimento, oriente a pessoa a ficar relaxada e imóvel, isto poderá acalmá-la.

3.2 Arritmias Cardíacas

As arritmias são distúrbios da frequência e do ritmo cardíacos causados por alterações no sistema de condução do coração. Podem ocorrer em pessoas com o coração normal ou ainda como resposta a outras doenças, distúrbios eletrolíticos ou intoxicação medicamentosa.

A frequência cardíaca normal varia de acordo com a idade - quanto menor a idade, maior a frequência. No adulto, pode oscilar entre 60 a 100 batimentos por minuto (bpm). As arritmias de frequência podem apresentar-se como taquicardia (acima de 100 bpm), bradicardia (abaixo de 60 bpm), fibrilação e flutter atrial (frequência igual ou acima de 300 bpm).

As **manifestações clínicas** englobam dor no peito, palpitações, falta de ar, desmaio, alteração do pulso e do eletrocardiograma (ECG), podendo chegar à hipotensão, insuficiência cardíaca e choque.



O **tratamento** é feito com medicamentos antiarrítmicos, cardioversão elétrica e implantação de marcapasso.

As **ações de enfermagem** devem estar voltadas para:

- transmitir segurança à pessoa que apresenta arritmia, estabelecendo diálogo, possibilitando à mesma expor seus sentimentos de impotência e insegurança, a fim de diminuir sua ansiedade;
- proporcionar sono e repouso adequados, garantindo ambiente livre de ruídos;
- monitorizar sinais vitais;
- oferecer oxigênio, se necessário, para reduzir a hipóxia causada pela arritmia;
- observar os cuidados com a administração de antiarrítmicos (verificação de pulso antes e após a dosagem prescrita);
- orientar a família e a pessoa acometida sobre os procedimentos a serem realizados; e, quando a alta for dada,
- destacar a importância do controle do estresse, de se evitar o uso do fumo e reduzir a ingestão de cafeína (café, chá mate, chá preto, refrigerantes a base de cola).



Marcapasso - É um aparelho acionado por bateria e que aplica estímulos elétricos através de cabos com eletrodos que estão em contato com o coração. Ele é usado para controlar falhas nos batimentos cardíacos.

3.3 Angina

Angina pectoris ou ainda angina do peito é a síndrome clínica caracterizada por crises de dor, queimação ou sensação de pressão na região do tórax. É causada pela obstrução transitória das coronárias. A causa da dor é o fornecimento inadequado de sangue ao coração, resultando no suprimento insuficiente de oxigênio e de nutrientes para o miocárdio.

Alguns **fatores** podem provocar a dor anginosa, como, por exemplo, o esforço físico, a ingestão de refeição copiosa, a exposição ao frio e a situações estressantes.

A dor da angina deve cessar com repouso ou com o uso da nitroglicerina, num período de vinte minutos, caso contrário, a indicação é de infarto agudo do miocárdio. Uma característica importante da dor anginosa é que ela regride quando o fator que a causou é afastado.

As pessoas idosas podem desenvolver sintomas anginosos mais rapidamente do que as mais jovens. A dor se manifesta como fraqueza ou desmaio quando expostas ao frio, já que elas têm menos gordura subcutânea para proporcionar o isolamento térmico. Os



Refeição copiosa – É a refeição em grande quantidade.



Hollter – É o aparelho utilizado para registrar a atividade elétrica do coração durante 24 horas.

Cintilografia miocárdica – Consiste na introdução de radioisótopos (substâncias detectadas por radiação) por via intravenosa com o objetivo de detectar o infarto agudo do miocárdio.

Cateterismo cardíaco – Consiste na introdução de um ou mais cateteres pelas artérias até o coração, a fim de medir as pressões nas diversas câmaras do mesmo.

idosos devem ser orientados a usar roupas extras e alertados para reconhecer o sinal de fraqueza como indicativo de que devem repousar ou tomar os medicamentos prescritos.

O **diagnóstico** da angina é freqüentemente estabelecido pela avaliação das manifestações clínicas da dor e pela história da pessoa. De acordo com a gravidade dos sintomas de angina, da idade do portador e das patologias associadas, exames diagnósticos poderão ser solicitados, como o eletrocardiograma, Hollter, cintilografia miocárdica e/ou cateterismo cardíaco.

Existem três formas de **tratamento** para a angina: o tratamento clínico, a angioplastia coronariana e a cirurgia de revascularização miocárdica. O objetivo do tratamento é aumentar a oferta de oxigênio ao miocárdio, utilizando-se da nitroglicerina, e controlando os fatores de risco (fumo, obesidade, hipertensão arterial, hipercolesterolemia e hiperglicemia).

Os nitratos ainda são a principal medida terapêutica no tratamento da angina do peito, por produzirem dilatação das coronárias com o conseqüente aumento do fluxo sanguíneo ao miocárdio. A nitroglicerina administrada por via sublingual alivia a dor anginosa em até 3 minutos, devendo ser observadas as seguintes **orientações**: o usuário deve ter sempre o medicamento consigo; esse medicamento deve ser conservado em recipiente escuro e fechado, pois sua ação é alterada na presença de luz; ao usar o medicamento, manter a língua imóvel e não deglutir a saliva; para evitar as crises de angina, utilizar nitroglicerina antes de qualquer atividade intensa, como, por exemplo, as relações sexuais. Alguns efeitos indesejáveis podem surgir, tais como: rubor, cefaléia, hipotensão e taquicardia.

Se as crises de angina persistirem, apesar da medicação e do controle dos fatores de risco, ou se for constatado que a obstrução nas artérias coronárias é muito grave, poderá ser indicada a angioplastia coronariana, ou a cirurgia de revascularização.

No caso de cirurgia de revascularização do miocárdio, uma veia (safena) é retirada da perna e colocada sobre a artéria do coração que está entupida, ultrapassando o local do bloqueio, como se fosse uma ponte - é o que se chama de ponte de safena.

A angioplastia consiste em “esmagar” a placa de ateroma, dilatando a coronária, através de um procedimento com um cateter especial, com um balão na ponta.

As **ações de enfermagem** incluem as seguintes orientações que devem ser prestadas ao portador de angina pectoris, bem como a seus familiares, em nível ambulatorial ou durante a alta hospitalar:



Placa de ateroma – É o acúmulo de gordura na parede do vaso, obstruindo a passagem do sangue.

- manter-se em repouso ao início da dor;
- participar de um programa diário de atividades físicas que não produzam desconforto torácico, falta de ar e/ou fadiga indevida;
- alternar as atividades diárias com períodos de repouso;
- fracionar as alimentações em menores porções e maior frequência, evitando esforço físico durante 2 horas após as refeições;
- evitar ingestão excessiva de cafeína (café e bebidas com cola), que pode fazer subir a frequência cardíaca;
- não usar comprimidos para emagrecer, descongestionantes nasais ou quaisquer outros medicamentos vendidos sem prescrição médica e que podem aumentar os batimentos cardíacos;
- evitar o fumo, o que eleva a frequência cardíaca, a pressão arterial e diminui os níveis sanguíneos de oxigênio;
- utilizar roupas adequadas às variações de temperatura;
- reorganizar os seus hábitos de vida, a fim de reduzir a frequência e a gravidade dos ataques de angina, bem como prevenir-se de outras complicações.



3.4 Infarto Agudo do Miocárdio

A incidência de infarto ainda é maior nos homens acima de 40 anos. Porém, mulheres no climatério que utilizam anticoncepcional e fumam apresentam uma mortalidade maior ao ter infarto. Observa-se que, hoje, há um aumento de pessoas infartadas com faixa etária menor, em decorrência do estilo da vida moderna.

O infarto agudo do miocárdio (IAM) é uma situação grave que pode ser confundida com sintomas mais corriqueiros, tais como: flatulência, dor muscular, tensões, dentre outros. É causado pelo estreitamento de uma artéria coronária pela aterosclerose, ou pela obstrução total de uma coronária por êmbolo ou trombo, ocasionando a necrose de áreas do miocárdio. A redução do fluxo sanguíneo também pode ser resultante de choque ou hemorragias.

Vale lembrar que na angina o suprimento de sangue é reduzido temporariamente, provocando a dor, enquanto no IAM ocorre uma interrupção abrupta do fluxo de sangue para o miocárdio.

A dor torácica é o principal **sintoma** associado ao IAM. É descrita como uma dor súbita, subesternal, constante e constrictiva, que pode ou não se irradiar para várias partes do corpo, como a mandíbula, costas, pescoço e membros superiores (especialmente a face interna do membro superior esquerdo).

Muitas vezes, a dor é acompanhada de taquipnéia, taquisfigmia, palidez, sudorese fria e pegajosa, tonteira, confusão mental, náusea e vômito. A qualidade, localização e intensidade da dor associada ao IAM pode ser semelhante à dor provocada pela angina. As principais diferenças são: a dor do IAM é mais intensa; não é necessariamente produzida por esforço físico e não é aliviada por nitroglicerina e repouso.

Os profissionais de saúde precisam estar atentos para um diagnóstico precoce, tendo em vista que esta é uma das maiores causas de mortalidade. O atendimento imediato, ao cliente infartado, garante a sua sobrevivência e/ou uma recuperação com um mínimo de seqüelas.

O idoso nem sempre apresenta a dor constrictiva típica associada ao IAM, em virtude da menor resposta dos neurotransmissores, que ocorre no período de envelhecimento, podendo assim passar despercebido.

O **diagnóstico** do infarto do miocárdio geralmente se baseia na história da doença atual, no eletrocardiograma e nos níveis séricos (sanguíneos) das enzimas cardíacas. O **prognóstico** depende da extensão da lesão miocárdica.

O **tratamento** pode ser clínico ou cirúrgico, dependendo da extensão e da área acometida.



A dor decorrente do IAM quase sempre vem acompanhada da sensação de “morte iminente”.



Prognóstico – É a previsão das condições de saúde futura do paciente, tendo em vista a sua patologia.

A **assistência de enfermagem** deve englobar os seguintes aspectos:

- proporcionar um ambiente adequado para o repouso físico e mental;
- fornecer oxigênio e administrar opiáceos (analgésico e sedativo) e ansiolíticos prescritos para alívio da dor e diminuição da ansiedade;
- prevenir complicações, observando sinais vitais, estado de consciência, alimentação adequada, eliminações urinária e intestinal e administração de trombolíticos prescritos;
- auxiliar nos exames complementares, como eletrocardiograma, dosagem das enzimas no sangue, ecocardiograma, dentre outros;
- atuar na reabilitação, fornecendo informações para que o cliente possa dar continuidade ao uso dos medicamentos, controlar os fatores de risco, facilitando, assim, o ajuste interpessoal, minimizando seus medos e ansiedades;
- repassar tais informações também à família.

A equipe de enfermagem tem a possibilidade de criar oportunidades para que esse cliente compartilhe suas preocupações e seus temores. Uma atmosfera de aceitação auxilia-o a reconhecer que seus sentimentos são reais e também normais.

As principais **complicações** do infarto são as arritmias fatais, choque cardiogênico, edema agudo de pulmão e morte súbita. A seqüela principal é a insuficiência cardíaca.

3.5 Edema Agudo de Pulmão

O edema agudo de pulmão (EAP) é um quadro clínico crítico, decorrente da incapacidade do ventrículo esquerdo em bombear o sangue pela válvula aórtica, causando um acúmulo de líquido nos pulmões.

Numerosas patologias cardiovasculares predis põem o aparecimento do EAP, como a insuficiência coronariana aguda (angina e IAM), a crise hipertensiva, as arritmias cardíacas, as infecções, a anemia, a hiper-hidratação e a intoxicação digitalica.

Os **sinais e sintomas** do edema agudo de pulmão incluem: dispnéia e tosse, produzindo um escarro espumoso e tingido muitas vezes de sangue, taquicardia, pele cianótica, fria, úmida, inquietação, ansiedade, medo, etc.



A equipe de enfermagem deve manter uma via venosa permanente (venóclise), a fim de minimizar o sofrimento decorrente de punções frequentes, bem como garantir uma via de acesso imediata em caso de emergência.



Arritmias – São quaisquer desvios do ritmo cardíaco.

Choque cardiogênico - Caracteriza-se por pressão arterial sistólica inferior a 90 mmHg, inquietude, confusão mental, apatia que pode evoluir para o coma, pele fria, pegajosa, acinzentada ou cianótica, taquicardia e oligúria.

É fundamental que a equipe de enfermagem mantenha-se ao lado do cliente, demonstrando segurança e monitorando os aspectos essenciais para que o mesmo saia da crise rapidamente. Esta ação garante a eficiência e eficácia da terapêutica que está baseada nos seguintes aspectos:

- manutenção de seu conforto, colocando-o em posição elevada para diminuir o retorno venoso e propiciar uma máxima expansão pulmonar;
- monitorização dos sinais vitais;
- administração de oxigenoterapia e de medicações (opiáceos, diuréticos e digitálicos);
- manutenção de via venosa pérvia com gotejamento mínimo, evitando sobrecarga volêmica;
- monitorização do fluxo urinário.

Medo e ansiedade extremos são manifestações predominantes do portador de edema pulmonar agudo. Tocar a pessoa, falar com ela, passa a sensação de realidade concreta, e de que ela não está sozinha, atenuando tais sentimentos.

3.6 Doenças Infecciosas do Coração

3.6.1 Endocardite

É um processo infeccioso do endocárdio (membrana que envolve as cavidades e as válvulas cardíacas), causado por uma invasão direta de bactérias e de outros microorganismos provenientes de uma contaminação da corrente sanguínea.

A endocardite bacteriana pode ser decorrente de intervenções odontológicas (extrações dentárias), no sistema geniturinário (colocação e retirada de sondas), no sistema gastrointestinal (endoscopia digestiva alta) e no sistema respiratório (entubação orotraqueal). As pessoas mais susceptíveis são os idosos, com baixa imunidade, as portadoras de cateteres e próteses valvares e as viciadas em drogas endovenosas.

As manifestações clínicas variam de acordo com a gravidade da doença e os **sinais e sintomas** podem ser:

- agrupados de acordo com a sua origem, ou seja, decorrentes de infecção sistêmica (febre, calafrios, mal-estar geral, fadiga, fraqueza, anorexia);

- relacionados à lesão intravascular (dispnéia, dor torácica, extremidades frias e úmidas, petéquias e hemorragias na forma de chama de vela);
- característicos de reação imunológica (dor nas articulações, proteinúria e hematúria, entre outros).

Como **complicações**, pode-se destacar a lesão da válvula mitral, levando à insuficiência cardíaca congestiva (ICC), à embolia pulmonar e aos abscessos cerebrais.

O **tratamento** visa combater o microorganismo com o uso de antibioticoterapia e fazer a correção cirúrgica da válvula lesada. Na fase aguda, o tratamento é basicamente hospitalar, estando as **ações de enfermagem** relacionadas às manifestações apresentadas e à gravidade da doença. No alívio da dor, a enfermagem deve manter o cliente de forma mais confortável possível, favorecendo o sono e repouso adequados. O controle da febre deve ser feito através de medidas de resfriamento corporal (compressas e bolsas frias) e administração de líquidos e antitérmicos. Para controlar a função cardíaca, é necessário avaliar o pulso, observar sinais de fadiga, dispnéia e inquietação. À medida que a pessoa melhorar, deve ser iniciado um programa de atividade física progressiva, o que requer controle da pressão arterial, pulso e a observação de vertigem e de fraqueza.

As **orientações** para a alta incluem: evitar o contato com pessoas portadoras de infecções de vias aéreas e procurar assistência imediata ao apresentar sinais e sintomas de infecção.

3.6.2 Miocardite

É uma inflamação da parede miocárdica, resultante de um processo infeccioso de origem viral (caxumba, gripe, rubéola), parasitária (Doença de Chagas), radiativa (radioterapia) ou por agentes tóxicos (chumbo) e outras drogas (lítio, cocaína). As pessoas mais susceptíveis são as que apresentam infecções sistêmicas agudas, as tratadas com medicamentos imunossupressores ou portadoras de endocardite infecciosa.

A miocardite pode apresentar-se de forma aguda ou crônica, tendo como **complicações** a insuficiência cardíaca congestiva (ICC), hipertrofia do ventrículo e arritmias graves e letais.

As principais **manifestações clínicas** são: fadiga, dispnéia, palpitações, dor torácica e arritmias, podendo até ocorrer ausência de sintomas.



No Brasil, a Doença de Chagas é uma das principais causas de miocardite decorrente da lesão provocada no miocárdio pelo parasita *Trypanosoma cruzi*.

As **ações de enfermagem** têm como objetivos:

- controlar os sinais vitais, como pulso, temperatura, para avaliar a evolução da doença;
- observar sinais de toxicidade digital (arritmia, anorexia, náusea, vômitos, bradicardia, cefaléia e mal-estar), pois essas pessoas são sensíveis aos medicamentos digitais;
- estimular o uso de meias elásticas e a prática de exercícios passivos para diminuir o risco de embolias decorrentes de trombose venosa;
- orientar no sentido de evitar esportes competitivos e consumo de álcool.



No coração, o processo inflamatório ocorre como manifestação tardia causada pela bactéria *Streptococcus β hemolyticus*, oriundo de uma infecção das vias aéreas superiores, especialmente da garganta.



Eritema marginado – É a hiperemia crescente principalmente no tórax com centros claros, podendo desaparecer em minutos ou horas.

Nódulos subcutâneos – São tumores pequenos, firmes e indolores que se localizam nas articulações dos joelhos, cotovelos e dedos.

Coréia – Caracteriza-se por movimentos involuntários, repentinos e irregulares.

3.6.3 Doença reumática

É um processo inflamatório difuso que acomete as articulações, o tecido subcutâneo, o sistema nervoso central, a pele e o coração, podendo atingir todas as faixas etárias. É de grande importância epidemiológica, pois está relacionada às condições de vida da população. O grupo social mais afetado é o que tem problemas de moradia, vivendo em pequenos espaços, portanto, mais exposto às infecções por streptococcus.

O mecanismo fisiopatológico constitui-se de uma resposta auto-imune que ocorre em nível celular. Os antígenos estreptocócicos combinam-se com células receptoras existentes nos tecidos e nas articulações, sendo a principal complicação as lesões cardíacas graves e permanentes, como a lesão da válvula mitral.

Os **sinais e sintomas** que caracterizam a fase aguda da doença reumática são: febre, dor articular, eritema marginado, nódulos subcutâneos, coréia, dor abdominal, fraqueza, mal-estar, perda de peso e anorexia.

O **diagnóstico** é realizado através de exames laboratoriais, como cultura de material obtido da garganta, e exames de sangue para confirmação da presença da bactéria.

O **tratamento** do indivíduo tem como objetivos combater a bactéria com antibioticoterapia, tratar do quadro inflamatório e, se necessário, utilizar corticoterapia. Nesse período, recomenda-se repouso no leito até o desaparecimento dos sinais de inflamação. A prevenção de novos surtos deve ser feita através do uso de antibioticoterapia por toda a vida.

As **ações de enfermagem** desenvolvidas com um portador de doença reumática visam:

- aliviar a dor articular por meio da administração de analgésicos prescritos;
- orientar a manutenção de equilíbrio entre repouso e as atividades da pessoa;
- monitorizar a pressão arterial e o pulso antes e após a atividade física, que deve ser interrompida caso haja dor no peito, aumento da frequência cardíaca, pulso irregular, queda de pressão arterial, vertigem e/ou dispnéia;
- incentivar dieta rica em carboidratos e proteínas e a ingestão de líquidos.

As **medidas preventivas** incluem: procurar avaliação clínica imediata ao apresentar infecção de vias aéreas superiores; não interromper a antibioticoterapia prescrita; desenvolver cuidados com dentes e gengivas, procurando evitar cáries e gengivites. As orientações para a alta dizem respeito a evitar o contato com pessoas portadoras de infecções de vias aéreas e procurar assistência caso ocorra dor de garganta, calafrios e nódulos linfáticos dolorosos, conhecidos popularmente como “ínguas”.

4- DISFUNÇÕES RESPIRATÓRIAS

A vida humana depende da troca sistemática de gases, realizada pelo sistema respiratório. A respiração é composta de dois movimentos - a inspiração e a expiração - que correspondem à expansão e ao relaxamento da musculatura pulmonar e da parede torácica. O ato de respirar mantém um padrão regular e ininterrupto, varia de 12 a 20 respirações por minuto, no adulto. É essencial para a vida, pois é responsável pela absorção de oxigênio pelas células e a eliminação do gás carbônico pelos pulmões.

O ar entra pelo nariz, onde é purificado e aquecido. Passa pela faringe, laringe e segue pela traquéia, brônquios e bronquíolos. Os brônquios e os bronquíolos são revestidos de cílios que realizam o movimento de varredura, retirando, assim, muco e substâncias estranhas ao pulmão. O ar chega então aos alvéolos, havendo aí a troca gasosa entre oxigênio e gás carbônico.



A tosse é um mecanismo fisiológico de limpeza das vias aéreas, portanto não deve ser abolida.



O consumo do tabaco é um fator de risco importante para adoecer, sendo a principal causa de câncer de pulmões e de DPOC. No entanto, o abandono do hábito de fumar está relacionado com a dependência química e psíquica e requer uma atenção especial, que não apenas o uso de jargões como: "Pare de fumar!".



Os pulmões, em número de dois, ocupam a caixa torácica. Existem ainda músculos que auxiliam no movimento respiratório, também chamados de músculos acessórios da respiração, dentre eles: o diafragma, os intercostais e o esternocleidomastóide.

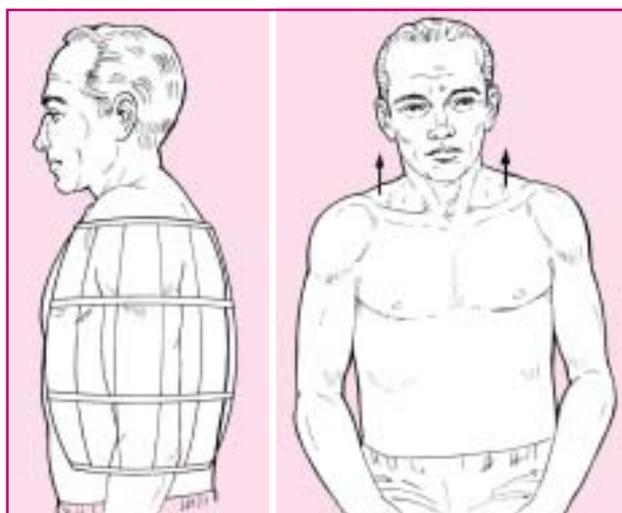
Estudaremos as doenças respiratórias mais incidentes em nosso meio, dentre elas as de origem infecciosa, neoplásica e as crônico-degenerativas (doença pulmonar obstrutiva crônica – DPOC).

A **DPOC** se caracteriza por alterações progressivas da função pulmonar, resultando em obstrução ao fluxo aéreo. É constituída pelo enfisema, bronquite e asma.

4.1 Enfisema

É uma doença crônica irreversível, caracterizada por obstrução brônquica e distensão alveolar. Há perda da elasticidade dos pulmões, destruição alveolar e capilar por acúmulo de ar nos alvéolos. À medida que a destruição alveolar progride, as trocas gasosas diminuem. Há uma adaptação progressiva com a convivência de menor taxa de oxigênio no organismo, tornando, por isso mesmo, a pessoa intolerante a altas taxas de oxigênio. Dentre os **fatores de risco**, destacamos o fumo e a poluição ambiental persistente.

A asma, a tuberculose e o envelhecimento favorecem o surgimento do enfisema em consequência da fibrose, com perda da elasticidade pulmonar. Essa doença caracteriza-se por evolução lenta e gradual. Na fase tardia, o paciente apresenta cansaço aos esforços rotineiros, tosse produtiva, desconforto relacionado com a menor capacidade de respirar (dispnéia), uso abusivo da musculatura acessória, definindo o tórax em barril agitação/sonolência, dificuldade de concentração, tremor das mãos e anorexia com perda de peso.



Tórax em barril

Uso da musculatura acessória



Alguns exames são solicitados para avaliar a capacidade respiratória individual e o tamanho da lesão, dentre eles a tomografia computadorizada e a espirometria.

As **complicações** frequentes do enfisema são o pneumotórax e a insuficiência respiratória aguda.

4.2 Bronquite Crônica

A bronquite crônica caracteriza-se pelo aumento das glândulas produtoras de muco dos brônquios, manifestando-se por tosse matinal, com excesso de secreção espessa, esbranquiçada e viscosa. Muitas vezes é confundida com o estado gripal, porém se diferencia pela sua duração que pode se estender até dois meses (gripe mal curada).

Embora a **causa** não esteja esclarecida, está diretamente relacionada ao hábito de fumar. Outros fatores, como a idade, a predisposição genética, a poluição atmosférica, a exposição contínua ao ar frio e à umidade e contatos com poeiras industriais, favorecem o aparecimento da doença.

À medida que os períodos de infecção se tornam mais frequentes, o muco pode apresentar-se: amarelado, esverdeado, acinzentado e até purulento. A evolução da bronquite culmina com a lesão da camada interna dos brônquios, prejudicando a ventilação e a função cardíaca. Nessa etapa da doença, os **sinais** associados são: cianose, edema e acesso de tosse noturna.

As principais **complicações** da bronquite crônica são a infecção pulmonar, a insuficiência cardíaca e o enfisema.

4.3 Asma

É uma doença comum, podendo ser reversível, afetando cerca de 10% da população, abrangendo indivíduos de todas as idades. Consiste na obstrução dos bronquíolos, em decorrência do bronquiospasma (estreitamento dos brônquios), associada ao edema das mucosas e à produção excessiva de muco (catarro).

Os principais **sintomas** da asma são: tosse seca, dispnéia e sibilo. Estas manifestações ocorrem em crises de duração variável, podendo ser de minutos, horas e até de dias.

A asma pode ser causada por vários fatores, entre eles: os alérgenos (poeira domiciliar, ácaros, poluição ambiental, pêlos de animais e alguns alimentos); infecções respiratórias; fatores emocionais; atividade física intensa; alguns medicamentos; hereditariedade e alterações climáticas.

Espirometria– É a aferição da capacidade respiratória dos pulmões, através de um instrumento denominado espirometro, o qual mede o ar inalado e exalado dos pulmões.

Pneumotórax – É o acúmulo de ar no espaço intrapleural, alterando a mecânica respiratória e as trocas gasosas.





Um único ataque de falta de ar não significa, necessariamente, que seja asma. Certas infecções e algumas substâncias químicas podem causar falta de ar, e isso dura pouco tempo.



A administração de oxigênio à pessoa com enfisema só poderá ser feita sob estrita prescrição, pois o fornecimento acima do permitido pode inibir o centro respiratório.



Atualmente, a vacina que previne a gripe é uma grande aliada no controle destas afecções, especialmente nos idosos que são mais suscetíveis.

O **tratamento** da asma aguda visa restaurar a função pulmonar rapidamente, evitar complicações e controlar os fatores desencadeantes das crises.

Considerando que as alterações nos brônquios são semelhantes para as três situações descritas, os **cuidados de enfermagem** serão abordados conjuntamente. É importante o envolvimento dos familiares em todas as etapas dos serviços a serem prestados, quais sejam:

- controle dos fatores de risco: fornecer orientações quanto aos fatores desencadeantes de crises, auxiliando os portadores a reconhecerem os sinais e sintomas iniciais da crise; uso de medicações broncodilatadoras, mucolíticos e corticóides prescritas;
- monitoramento da função respiratória: através do controle dos sinais vitais; avaliação da coloração e temperatura da pele, da mucosa e do nível de consciência;
- oxigenoterapia: administrar oxigênio conforme orientações do enfermeiro e/ou médico;
- fluidificação e expectoração de secreções: através da hidratação, do estímulo de tosse e nebulização; ensinar o uso da musculatura acessória; orientar quanto à importância de manter atividade física regular (caminhadas e natação);
- prevenção de infecções respiratórias: orientar quanto à exposição a riscos de infecção; evitar ambientes fechados; agasalhar-se adequadamente e manter nutrição adequada;
- exercícios respiratórios: orientar quanto à importância da realização freqüente dos exercícios e sua finalidade; ensinar as técnicas mais modernas como a da respiração diafragmática, respiração com lábios entreabertos, etc.;
- fisioterapia respiratória: a fisioterapia para limpeza das vias aéreas inferiores é importante, mas é passível de supervisão de profissional especializado. O cliente deve ser orientado e encaminhado.

4.4 Pneumonia

É a inflamação do parênquima pulmonar, associada ao aumento acentuado dos líquidos intersticial e alveolar. A pneumonia tem como **causa**: microorganismos (bactérias, vírus, fungos e protozoários); broncoaspiração que ocorre por aspiração de alimentos líquidos ou vômitos; inalação de substâncias tóxicas ou cáusticas, fumaças, poeiras ou gases.

A fisiopatologia da pneumonia é simples. As bactérias chegam aos pulmões pelas vias aéreas ou, no caso de bacteremia, através do sangue. Ali se instalam, se reproduzem, lesam o tecido e são atacadas e fagocitadas pelos polimorfonucleares. Os polimorfos morrem após a fagocitose, liberando substâncias tóxicas às bactérias e que também lesam o tecido pulmonar. A mistura das células lesadas, bactérias e polimorfonucleares mortos é que forma a purulência do escarro na pneumonia.

Alguns **fatores de riscos** propiciam o desenvolvimento da pneumonia, entre eles destacamos:

- ambientes aglomerados e mal ventilados;
- desnutrição;
- tabagismo;
- imobilidade no leito;
- risco para broncoaspiração: hérnia de hiato, posicionamento incorreto da sonda nasogástrica ou posicionamento no leito do paciente menor que 30 graus;
- indivíduos imunossuprimidos;
- colonização de bactérias provindas do trato digestivo com dieta zero;
- condições que diminuam movimento ciliar e reflexo de tosse;
- falta de assepsia no ambiente hospitalar.

As principais **manifestações** da pneumonia são: febre alta (38°C), calafrios, mal-estar, tosse curta e incessante. Dependendo da gravidade da pneumonia, outros sintomas podem aparecer, tais como: cianose em lábios e leito ungueal, ansiedade e confusão mental, taquidispnéia, taquisfigmia, rubor facial, dor pleurítica e estertores (roncos).

A principal **complicação** da pneumonia é o acúmulo de líquido no parênquima pulmonar ou derrame pleural. O **tratamento** é a base de antibióticos, devendo-se evitar o uso de xaropes contra a tosse.



Os idosos podem não apresentar febre no quadro de pneumonia devido à diminuição de respostas imunológicas.



Os exames complementares mais utilizados são a radiografia de tórax e a cultura do escarro (catarro).



A embolia pulmonar é uma complicação das doenças cardiopulmonares e a causa mais freqüente é o desprendimento de um trombo que “viaja” através da circulação, obstruindo a circulação pulmonar. Bolhas de ar, gotas de gordura e fragmentos de tumor e ainda a imobilidade no leito também estão associados a esta complicação.

As **ações de enfermagem** junto ao cliente com pneumonia são:

- incentivar a tosse;
- fornecer nebulização periódica e a drenagem postural conforme indicado;
- realizar mudanças de decúbito com intervalos regulares;
- avaliar diariamente características do escarro e do padrão respiratório;
- fornecer oxigenoterapia quando indicado;
- verificar sinais vitais;
- estimular a ingestão hídrica e alimentação adequada;
- proporcionar repouso necessário;
- evitar a exposição a alérgenos e ao fumo;
- administrar medicação (antibióticos, analgésicos, antitérmicos) prescrita;
- incentivar exercícios respiratórios gradativos, de acordo com a condição física do cliente.



Você sabia que as bolhas de ar introduzidas no paciente por venóclises podem causar algumas complicações?

4.5 Insuficiência Respiratória

A insuficiência respiratória é uma condição caracterizada pela incapacidade do sistema respiratório em fornecer oxigênio necessário para manter o metabolismo, ou quando não consegue eliminar a quantidade suficiente de dióxido de carbono.

A insuficiência respiratória aguda pode ser uma complicação da DPOC, ou ser causada em pessoas com pulmões normais em consequência dos distúrbios do sistema nervoso (overdose de drogas ilícitas, lesões cerebrais); pneumonia; anestesia e procedimentos cirúrgicos (destacando-se o pós-operatório imediato).

Os **sinais e sintomas** que caracterizam esta complicação são: a dispnéia, taquipnéia, cianose, cefaléia, taquicardia e arritmia cardíaca, ansiedade, inquietação e confusão mental, crepitações, sibilos e hipoxemia.

Os **cuidados de enfermagem** junto ao cliente com insuficiência respiratória devem considerar:

- monitoramento da função respiratória: através do controle dos sinais vitais, avaliação da coloração e temperatura da pele e mucosa e do nível de consciência;
- oxigenoterapia: colocar à disposição os materiais para instituir a ventilação mecânica que poderá ocorrer por exaustão respiratória e/ou alterações metabólicas (desequilíbrio dos níveis de oxigênio/dióxido de carbono);
- alívio da ansiedade e medo: fazer companhia, proporcionando segurança e conforto;
- umidificação e fluidificação de secreções: promover a fluidificação e limpeza das vias aéreas, utilizando técnicas assépticas;
- mudança de decúbito: promover a mudança de decúbito em intervalos regulares, atentando para conforto físico;
- aspiração de secreção de vias aéreas.

● Aspirando secreção das vias aéreas

A aspiração de secreções das vias aéreas superiores e inferiores, através da aplicação de sucção no trato respiratório, visa manter a permeabilidade das vias aéreas, promovendo a eficiente troca de oxigênio e prevenindo a infecção decorrente do acúmulo de secreção.

Esse procedimento é realizado apenas quando a pessoa não consegue, por si só, eliminar as secreções. Por se tratar de técnica traumatizante, deve-se, antes de sua aplicação, tentar a eliminação espontânea da secreção, solicitando ao cliente que respire profundamente e estimule a tosse. Caso isso não apresente resultado positivo, deve-se proceder à aspiração das vias aéreas.

A remoção da secreção pode ser realizada através do nariz, cavidade oral e/ou endotraqueal. Para o procedimento, faz-se necessário um aspirador a vácuo (de parede) ou portátil, recipiente de coleta de secreção, sonda de aspiração de calibre adequado, intermediário de látex, luvas e gases estéreis, solução salina estéril, lubrificante gel, máscara e óculos de proteção.

Antes de iniciar a técnica, deve-se separar o material e orientar o cliente acerca da necessidade e importância do procedimento, solicitando-lhe que colabore na medida do possível.

A aspiração deve obedecer à seqüência - nasal e oral - que deve ser rigorosamente respeitada, pois, se a aspiração da cavidade oral for realizada antes da nasal, isso provocará uma infecção pulmonar, por causa da flora bacteriana da boca. Devido a aspectos anatômicos, a aspiração através das narinas facilita o acesso à traquéia.



Procure tranquilizar o cliente durante todo o procedimento, para minimizar a ansiedade e promover o seu relaxamento - o que diminui a demanda de oxigênio.

Quando da realização de aspiração de traqueostomia ou cânula endotraqueal, o profissional deve atentar para que o número da sonda de aspiração seja adequado, evitando traumatismo ao cliente. Além disso, a oxigenação, sempre que necessário, deve ser assegurada, através da utilização de máscara de ressuscitação manual (ambú).

Durante o procedimento, verificar possíveis alterações clínicas decorrentes da hipoventilação, como cianose de extremidades, diminuição da saturação de oxigênio (que pode ser monitorada com a utilização do oxímetro de pulso), alteração do nível de consciência, sangramento ou arritmia cardíaca.

No tocante à aspiração nasal, oral e endotraqueal, alguns aspectos devem ser lembrados, tais como: nunca aspirar por um período superior a 15 segundos (se houver a necessidade de repetir a aspiração, o cliente deve receber oxigênio anteriormente); utilizar a sonda de aspiração uma única vez, desprezando-a ao término do procedimento; após cada aspiração, realizar a limpeza do recipiente de coleta de secreção, desprezando seu conteúdo e lavando-o em água corrente; trocar o recipiente de coleta de secreção e do intermediário de látex a cada 24 horas - sempre lembrando de registrar a data e hora da próxima troca.

Após cada procedimento, o ambiente deve ser mantido organizado e registrado, em prontuário, o aspecto, coloração, odor e quantidade da secreção aspirada.



Esse procedimento deve ser realizado com rigorosa técnica asséptica.

5- DISFUNÇÕES DIGESTÓRIAS

Todas as pessoas necessitam de nutrientes essenciais para sobreviver. Esses nutrientes provêm da metabolização dos alimentos realizada no sistema gastrointestinal.

A degradação dos nutrientes passa pelas seguintes etapas: **ingestão** - o alimento vai da boca para o tubo digestivo; **digestão** - a quebra do alimento se inicia na boca (enzima amilase salivar), continua no estômago (suco gástrico) e termina no intestino delgado por intermédio de seus sucos; os nutrientes são absorvidos pela corrente sanguínea, onde serão utilizados pelas células ou armazenados pelo organismo; os resíduos não utilizados serão transformados em fezes, que serão **excretadas**.

Caso haja alteração em algum dos órgãos do sistema digestório, a pessoa pode desenvolver alguma das seguintes doenças:



Por que adoecemos dos órgãos responsáveis pela digestão?

5.1 Gastrite

É um distúrbio inflamatório da mucosa gástrica. Seu aparecimento ocorre de forma súbita, podendo ser de curta duração, tornar-se crônica ou ainda evoluir para uma úlcera.

A gastrite **aguda**, freqüentemente, é causada por agressores com ação direta na mucosa gástrica. Entre eles estão: medicamentos como antiinflamatório e aspirina, álcool, fumo, enzimas digestivas do duodeno, alimentos condimentados, frituras, gorduras e frutas ácidas, situações de estresse em pessoas muito nervosas ou então hospitalizadas.

As gastrites **crônicas** estão mais relacionadas com a presença do *Helicobacter pylori*.

Entre as **manifestações clínicas**, destacam-se: dor epigástrica, vômitos, náuseas, eructação, pirose após as refeições, digestão difícil e demorada e até a anorexia. E em casos mais extremos, pode apresentar hemorragia digestiva.

O **diagnóstico** pode ser feito através da endoscopia, com realização de biópsia e de radiografia contrastada. O **tratamento** está baseado na utilização de antiácidos que atuam na acidez gástrica. Nos casos mais graves, além dos antiácidos, são administrados medicamentos que bloqueiam a secreção do suco gástrico. Se a gastrite for causada pelo *H. pylori*, deverá ser indicada a antibioticoterapia.

Além de administrar os medicamentos prescritos, a equipe de enfermagem deverá **orientar** o cliente no tocante a:

- ingerir dieta branda e fracionada, com ausência de alimentos irritantes à mucosa gástrica;
- desenvolver atividades físicas com a finalidade de reduzir o estresse;
- evitar a ingestão de álcool, de café e o uso do tabaco.



O *Helicobacter pylori* é uma bactéria que está presente em grande número de clientes com gastrite e úlcera duodenal. Ela vive abaixo da camada de muco (tipo de saliva que os órgãos do aparelho digestivo produzem) para se protegerem da ação ácida do estômago. Encontra-se nos alimentos (frutas, verduras e legumes) que devem ser bem lavados ou cozidos, antes de serem consumidos, e na água. Quanto mais baixa a condição socioeconômica, maior a incidência de infecção da bactéria.



Eructação – É a eliminação de gases por via oral, sendo popularmente conhecido como “aroto”.

Pirose - É a sensação de queimadura na região gástrica.

5.2 Úlceras Pépticas

Essas úlceras são definidas como lesões erosivas com perda de tecidos. Caracterizam-se por surtos de ativação e períodos de calmaria, com evolução crônica. As áreas mais acometidas são as do estômago e do duodeno.

A úlcera **duodenal** constitui a forma predominante de úlcera péptica. Está associada à hipersecreção de ácido e pepsina pelo estômago que, ao chegar ao duodeno, gera as erosões. Já a úlcera **gástri-**

ca está relacionada ao aparecimento de uma lesão, devido à deficiência dos fatores de proteção da mucosa gástrica contra a ação do ácido clorídrico.

Tanto as úlceras duodenais quanto as gástricas resultam da interação de fatores genéticos, ambientais (fumo, álcool, café, ácido acetilsalicílico, da presença da bactéria *Helicobacter pylori*) e de fatores emocionais (estresse, emoções, ansiedade, manifestações da vida afetiva).

De todos os **sintomas** da úlcera, a dor é o mais freqüente, levando o indivíduo a procurar assistência. Manifesta-se através de uma dor em queimação e corrosiva - tipo cólica - relacionada, quase sempre, à alimentação.

Na úlcera gástrica, a dor inicia-se no epigástrio e irradia-se para o rebordo costal. A presença do alimento no estômago causa a dor, enquanto que os vômitos podem aliviá-la.

A dor na úlcera duodenal irradia-se para o flanco direito e acontece quando a pessoa está com o estômago vazio. A ingestão de alimentos alivia o sintoma. Outras manifestações clínicas que podem ser observadas são: náusea e vômito. Em casos mais graves, observa-se hemorragias nas fezes (melena) ou vômitos (hematêmese).

Diferenças entre Úlcera Duodenal e Gástrica

	DUODENAL	GÁSTRICA
Idade	30 a 60 anos	Acima dos 50 anos
Secreção ácida	Hipersecreção	Normal ou hipossecreção
Freqüência	Mais	Menos
Abrangência	Todas classes sociais	Nível econômico baixo
Estado nutricional	Nutrido	Desnutrido
Presença de vômitos	Incomuns	Comuns
Presença de hemorragias	Melena	Hematêmese
Episódios de dor	2 a 3 horas após refeições	30 minutos a uma hora após a refeição
Ingestão de alimentos	Alívio da dor	Não melhora ou há aumento da dor

Com a realização da endoscopia, o **diagnóstico** pode ser confirmado.

O **tratamento medicamentoso** da úlcera péptica consiste na redução da acidez gástrica até a cicatrização da úlcera e na erradicação da bactéria *H. pylori*, quando esta estiver presente.

A equipe de enfermagem deverá **orientar** o cliente a:

- fazer o mínimo de 4 refeições diárias, em intervalos regulares, mastigando bem os alimentos;
- evitar frituras, condimentos (pimenta, alho, cebola), refrigerante, café, chá e bebida alcoólica e uso do tabaco;
- modificar o estilo de vida, visando diminuição do estresse ;
- não fazer uso de comprimidos sem prescrição ;
- observar a presença de sangue nas fezes e nos vômitos.



As duas complicações mais temidas nos clientes com úlcera péptica são: sangramento e/ou perfuração do órgão (estômago ou duodeno). Esta última deve ser tratada cirurgicamente.

5.3 Hepatite

É uma doença que consiste na inflamação do fígado e pode ser causada por um vírus ou por substâncias tóxicas. As **manifestações clínicas** gerais da pessoa com hepatite referem-se: à fadiga, anorexia (falta de apetite), enjôo, vômitos, icterícia, colúria (urina escura) e fezes acólicas (esbranquiçadas).

Existem tipos diferentes de hepatite. Entre eles, a hepatite viral e a por substâncias tóxicas.

5.3.1 Hepatites virais

Consiste em vários tipos de vírus e cada um tem uma forma de contágio, prevenção e tratamento. Entre as mais comuns estão:

- **Hepatite A** - é a mais contagiosa, porém a menos grave. Estima-se que no Brasil 95% da população adulta já tenha anticorpos contra esse tipo de hepatite.
- **Hepatite B** - ocorre com menos frequência que a hepatite A. Resulta em danos das células hepáticas, que podem levar à cirrose e ao câncer de fígado. Ela pode ser transmitida através da relação sexual, e o risco de contrair hepatite B é maior nos indivíduos com múltiplos parceiros sexuais e/ou outras doenças sexualmente transmissíveis (DST). O tratamento medicamentoso pode ser feito através do Interferon (via subcutânea) e da Lamivudina (via oral).



A realização de tatuagens e a colocação de “piercing” têm contribuído com muitos casos de infecção, pois geralmente são feitos por pessoas não-habilitadas.



Ainda não há vacina contra esse tipo de hepatite. Previne-se a doença com o uso de preservativos e adotando precauções universais.

- **Hepatite C** - infecta aproximadamente 1% da população brasileira. Se a hepatite não for curada, a permanência do vírus no organismo pode levar à cirrose hepática ou ao câncer. Esta doença também é contraída através de contato sexual. A principal via de transmissão do vírus C é a da transfusão de sangue total ou de seus derivados (plasma, concentrado de hemácias, plaquetas, etc.), como também através do uso de agulhas e seringas compartilhadas em grupo por usuários de drogas injetáveis ilícitas.

Os profissionais da área da saúde constituem um grupo de risco para adquirir o vírus da hepatite C. A manipulação incorreta de material perfurocortante e de fluidos corporais podem causar a doença.

Os indivíduos, em sua maioria, são assintomáticos. Quando ocorrem os sintomas, esses se manifestam por meio da icterícia, anorexia, mal-estar e dor abdominal.

O Interferon e a Ribavirina (via oral) são as drogas indicadas no tratamento contra esse vírus, mas só funcionam em 50 % dos casos e se usadas em conjunto.

- **Hepatite D** - o agente da hepatite Delta é um vírus deficiente, ou seja, necessita da presença do vírus B inoculado anteriormente no organismo para sua replicação. Os fatores de risco, a transmissão e as manifestações clínicas são as mesmas do vírus B. O tratamento utilizado é o mesmo para o vírus da hepatite B e C.

5.3.2 Hepatites por substâncias tóxicas

Certas substâncias químicas têm ação hepatotóxica. Quando são administradas por via oral ou parenteral, produzem necrose aguda das células hepáticas ou hepatite tóxica. As substâncias mais comuns causadoras da doença são: tetracloreto de carbono, fósforo, clorofórmio e os componentes com ouro.

Muitos medicamentos podem induzir à hepatite, entre eles estão certos antibióticos e anestésicos. As **manifestações clínicas** e o **tratamento** são semelhantes aos da hepatite viral.

A recuperação após uma hepatite tóxica é rápida se esta for identificada precocemente. Entretanto, a recuperação é improvável se tiver havido um período prolongado entre a exposição, o início dos sintomas e o tratamento, pois não há antídotos eficazes.

A hepatite alcoólica geralmente acomete clientes que já fazem uso crônico da bebida e que ingerem quantidades excessivas por alguns dias seguidos. A possibilidade de ela aparecer é diretamente proporcional ao número de anos de alcoolismo. A

maioria desses clientes evolui para hepatopatia crônica, não-cirrótica, ou cirrose hepática. O tempo de vida está na dependência do grau de lesão já existente no fígado e do uso continuado de bebidas alcoólicas.

5.4 Hemorragia Digestiva

É definida como a perda de sangue maciça e rápida devido a algum trauma. A maioria das causas relaciona-se a afecções que podem ser curadas ou controladas, podendo não ser grave, mas é importante localizar a fonte do sangramento que pode ser proveniente de qualquer área do trato digestório.



A hemorragia do sistema digestório é um sinal de problemas digestivos, e não uma doença em si.

5.5 Sangramento do Estômago

O estômago é ponto mais freqüente de hemorragia causada por úlceras. O álcool e medicamentos contendo ácido acetilsalicílico podem desenvolver a úlcera gástrica que, ao aumentar de volume, faz uma erosão em um vaso, levando à hemorragia.

Pessoas que sofrem queimaduras, traumatismos cranianos, ou ainda aquelas que são submetidas à cirurgia extensa, podem desenvolver úlceras de estresse. Isso acontece, devido ao aumento da produção de suco gástrico, alterando as paredes do estômago.

No trato digestivo baixo, o intestino grosso e o reto são locais freqüentes de hemorragia (sangue vivo). A causa mais comum são as hemorróidas, mas fissuras anais, inflamações, infecções, tumores ou pólipos podem também ser fatores causadores de hemorragias. A hemorragia pode ainda ser proveniente de tumores benignos ou câncer. Finalmente, à medida que se fica mais velho, anormalidades nos vasos do intestino grosso podem ser desenvolvidas, resultando em sangramento recorrente.

As **manifestações clínicas** são: a hematêmese - vômito com sangramento, podendo ser vermelho brilhante ou cor de “borra de café” (quando a hemoglobina sofreu alteração no estômago); a melena - fezes com sangue, de cor enegrecida e fétida. Não raro, o sangramento digestivo alto expressa-se através da enterorragia - sangramento “vivo” pelo ânus, isolado ou misturado com as fezes. Relacionados diretamente com a perda sangüínea, destacam-se: taquicardia, dispnéia, hipotensão, pele fria e até choque hipovolêmico.

O objetivo do **diagnóstico** é identificar e estancar com rapidez o sangramento. Geralmente é realizado pelo exame de endoscopia.



Endoscopia - É o método de escolha para a avaliação do trato digestivo superior. Permite determinar a presença de sangramento ativo ou recente.



Pela imprevisibilidade da evolução do quadro hemorrágico, todo cliente com hemorragia digestiva e alterações dos sinais vitais deve ser considerado como tendo uma doença de alto risco e hospitalizado em regime de urgência. A complicação mais temida é o choque hipovolêmico.



Hepatócitos - São as células hepáticas.



As complicações mais comuns da cirrose hepática são: varizes esofágicas, gástricas e hemorroidárias; hemorragia gastrointestinal, hepatoesplenomegalia; encefalopatia hepática e coma hepático.

A cirurgia de urgência é indicada nos casos em que: a hemorragia é grave e não responde às medidas rápidas de reposição volêmica; não é possível realizar a hemostasia pelo endoscópio, se um novo sangramento ocorrer após o tratamento inicial.

É importante que a equipe de enfermagem: avalie a quantidade de perda sangüínea nas fezes e através dos vômitos; realize a lavagem gástrica com solução fisiológica gelada, objetivando a hemostasia; administre os medicamentos prescritos e monitorize os sinais vitais.

5.6 Cirrose Hepática

Trata-se de uma degeneração difusa, progressiva e crônica do tecido hepático, com destruição dos hepatócitos. No processo de cicatrização, o tecido normal é substituído por tecido fibrosado, incapacitando o fígado de manter suas funções.

Os **fatores etiológicos** mais importantes são: álcool, exposição a substâncias químicas, (clorofórmio), insuficiência nutricional, infecção pelo vírus da hepatite B e esquistossomose.

As pessoas com cirrose apresentam manifestações clínicas decorrentes da disfunção hepática e da necrose das células hepáticas. Os **sinais e sintomas** mais frequentes são: náusea, icterícia, colúrria, dor no fígado, edema, ascite (barriga d'água) e hérnia umbilical.

Enquanto o cliente encontrar-se hospitalizado, a **equipe de enfermagem** deve:

- oferecer refeições pequenas e frequentes com a finalidade de facilitar o processo digestivo;
- restringir a ingestão de sal e água;
- monitorar os sinais vitais;
- pesar e medir a circunferência abdominal, diariamente, com o cliente em jejum;
- manter a pele limpa e hidratada, aliviando pruridos e o ressecamento;
- realizar o balanço hídrico;
- avaliar o nível de consciência e administrar os medicamentos conforme prescrição.

Para a alta, o cliente deve ser **orientado** quanto à dieta e medicação, salientando-se a importância do acompanhamento ambulatorial.

5.7 Pancreatite

O pâncreas é um dos órgãos acessórios do sistema digestório. Encontra-se situado no abdômen, atrás do estômago. Ele é responsável pela produção do suco pancreático que ajuda na digestão e pela produção de hormônios como insulina e glucagon.

A inflamação do pâncreas é denominada pancreatite e pode manifestar-se de forma súbita (aguda) ou de forma contínua (crônica).

A **pancreatite aguda** é definida como um processo inflamatório agudo do pâncreas. Suas causas são: pedras da vesícula que se deslocam e impedem o escoamento das substâncias produzidas pelo pâncreas; ingestão abusiva de álcool e de alguns medicamentos como corticóides e imunodepressores; tumores que obstruem os canalículos do pâncreas; traumatismo pancreático; níveis elevados de colesterol e triglicérides e fatores genéticos.

Entre as **manifestações clínicas** apresentadas pelos clientes, primeiramente podemos destacar a dor severa que se inicia subitamente na região epigástrica, após excesso de ingestão alimentar ou de bebida alcoólica. Irradia para a reborda costal, piorando ao andar e deitar. Melhora quando o cliente senta ou se inclina para frente. Ocorrem vômitos, náuseas, febre, icterícia. Os casos mais graves podem apresentar manifestações clínicas de choque: taquicardia, hipotensão, desorientação, extremidades frias e sudorese.

Para o **diagnóstico**, é indispensável a realização de exames complementares, como o exame de sangue, onde é avaliada a dosagem da enzima amilase sérica, leucocitose e a glicemia. Os exames radiográficos mais solicitados são: RX do abdômen e do tórax; ultra-som abdominal; tomografias computadorizadas.

O **tratamento** inicial da pancreatite aguda é basicamente clínico. É indicada a manutenção do jejum para inibir a estimulação e secreção de enzimas pancreáticas. Caso seja necessário, o aporte calórico será mantido pela nutrição parenteral total (NPT). A sonda nasogástrica aberta objetiva aliviar náuseas e vômitos. Medicamentos, como analgésicos, antibióticos e antiácidos, são administrados conforme prescrição. Deve-se administrar insulina, caso seja preciso.

O tratamento cirúrgico consiste em remover total ou parcialmente o pâncreas. É indicado, entre outros, em casos de necrose ou de grave infecção bacteriana.

A **equipe de enfermagem** tem um papel fundamental no tratamento do cliente com pancreatite aguda. Ela deve:



A manifestação mais visível é através das fezes, que se apresentam esbranquiçadas, fétidas e volumosas.

- administrar analgésico, conforme prescrição, para o alívio da dor;
- explicar a finalidade e importância do jejum;
- manter a hidratação hídrica e de eletrólitos, prevenindo a desidratação decorrente de vômitos ou diarreias;
- manter aberta e pérvia a sonda nasogástrica;
- realizar higiene oral, mantendo os lábios umidificados;
- orientar a necessidade do repouso no leito;
- medir a circunferência abdominal, atentando para alterações;
- pesar diariamente;
- monitorizar os sinais vitais;
- controlar glicemia capilar;
- realizar balanço hídrico;
- encaminhar o cliente a um grupo de apoio de alcoólicos anônimos ou de autocuidado para Diabetes Mellitus;
- orientar a auto-aplicação de insulina, quando indicada.

A **pancreatite crônica** caracteriza-se pela perda progressiva do tecido pancreático, com presença de fibrose e lesões anatômicas irreversíveis. A pancreatite crônica não significa o desenvolvimento da forma aguda da doença, a menos que estejam presentes complicações como os pseudocistos (coleções de secreções pancreáticas).



Alcoolismo crônico estimula a produção constante de suco pancreático, este, represado nos ductos, sofre desidratação, formando rolhas protéicas que constituem obstáculos à drenagem normal da secreção.

● **Pancreatite crônica calcificante**

É a mais comum, representando quase 90 % das pancreatites crônicas no Brasil. Nessa classificação são formados cálculos (pedras) nos canaliculos do pâncreas. A principal causa é o alcoolismo, mas pode estar associada à desnutrição, hiperparatireoidismo, hereditariedade ou mesmo não apresentar uma causa determinada.

● **Pancreatite crônica obstrutiva**

Surge em conseqüência de obstrução parcial do canal que conduz o suco pancreático até o intestino delgado.

As **manifestações clínicas** mais constantes são: a dor que se localiza principalmente no epigástrio e hipocôndrio esquerdo. Costuma ser intensa e contínua, durando horas ou dias. É aliviada por sedativos e antiespasmódicos e agravada pelo decúbito dorsal. O excesso do consumo de álcool é um dos fatores desencadeantes da dor. Pode cessar espontaneamente e passar por longos períodos de calma. Pode ser acompanhada por náuseas e vômitos.



Esteatorréia – São fezes que apresentam grande quantidade de gordura.

A perda de peso varia conforme os períodos de dor, já que essa pode ser agravada pela alimentação. A hiperglicemia aparece como terceiro sinal em frequência, ocorrendo em cerca de 50% dos casos. Existe também a manifestação da icterícia, devido à compressão do colédoco e a esteatorréia, desencadeada pela má absorção de gorduras, determinada pela mudança das características das fezes.

Para a obtenção do **diagnóstico**, são utilizados os mesmo exames complementares da pancreatite aguda.

No que se refere ao **tratamento**, é indicado a abstinência do álcool e o encaminhamento do indivíduo a um programa de apoio, assim como a ingestão de uma dieta balanceada e o uso de antiácidos. Caso a pessoa tenha adquirido Diabetes Mellitus, ela deverá ser encaminhada a um programa de educação para o autocuidado e, ao receber alta hospitalar, deve ser **orientada** quanto à auto-aplicação de insulina.

6- DISFUNÇÕES METABÓLICAS

6.1 Diabetes Mellitus

Acredita-se que o Brasil possua hoje cerca de cinco milhões de pessoas com diabetes, e que dentro de mais dez anos este número terá dobrado. Apesar disto, praticamente, metade dos diabéticos desconhece seu diagnóstico. Esse aumento da prevalência da doença levou o Ministério da Saúde a formular algumas estratégias mais incisivas, dentre elas a campanha de detecção do diabetes.

Os carboidratos, ao serem digeridos, transformam-se em açúcares simples – glicose - e caem na corrente sanguínea, onde são transportados até as células. A glicose nas células do corpo transforma-se em energia, permitindo que as mesmas alimentem, respirem, eliminem substâncias desnecessárias ou nocivas. Porém, para que a glicose chegue ao interior das células, ela precisa atravessar a membrana celular. Isto só será possível se ela tiver ajuda da insulina, que é um hormônio fabricado no pâncreas pelas Ilhotas de Langerhans.

Quando o pâncreas não funciona bem e não produz insulina, ou o pâncreas fabrica insulina, mas esta encontra dificuldade para ajudar a glicose penetrar na célula, a pessoa fica com maior quantidade de glicose circulando no sangue (hiperglicemia), ou seja, a pessoa fica diabética.

Quando a glicemia ultrapassa a 180 mg/dl, os rins não conseguem filtrar toda a glicose passada por eles, perdendo-a através da urina (glicosúria). Com a glicose são eliminados também a água e os sais



Um grande número de pessoas, que não se sabem diabéticas, ao fazerem uma consulta, queixam-se de cansaço, dores nas pernas e no corpo, dificuldade de cicatrização, corrimento vaginal frequente, alteração visual, coceira no corpo, insucesso de gravidez. Partos de crianças muito gordas, ou crianças com má-formação congênita, também podem ocorrer.



Todos os indivíduos precisam de uma quantidade de glicose circulante (glicemia). Os valores normais variam de 70 a 120 mg/dl.



Cetoacidose – Caracteriza-se por taxas de glicose muito elevadas, desidratação e aumento de ácidos no sangue, devido à quebra das reservas de gorduras. Pode provocar um quadro bastante grave que exige cuidados imediatos e intensivos.



A insulina foi descoberta em 1921, por Banting e Best, no Canadá, e começou a ser usada clinicamente a partir de 1922¹. Essa descoberta provocou uma revolução no tratamento do diabetes e “veio prolongar a vida de milhões de diabéticos que teriam falecido precocemente na era pré-insulínica”².

minerais, levando o indivíduo a urinar mais (poliúria). Esta condição faz com que ele sinta mais sede (polidipsia) e, conseqüentemente, vai tomar mais água.

Tendo em vista que a glicose não entra na célula, o organismo fica sem energia, situação que se manifesta pelo cansaço e desânimo, provocando o estímulo da fome (polifagia).

Caso haja uma desidratação grave, o diabético pode apresentar queda de pressão arterial, coma por (cetoacidose diabética) e vir a óbito.

Quando a glicemia ultrapassa a 250 mg/dl, as células do organismo começam a fabricar sua energia mediante a quebra das gorduras e dos músculos. Este fato leva o diabético a emagrecer e a ter em seu sangue maior quantidade de ácidos, advindos da quebra das gorduras. O organismo não consegue viver em um meio muito ácido, passa então a eliminá-los através da urina (cetonúria) e dos pulmões, ocasionando o hálito cetônico (“maçã podre”). Estas situações retratam a descompensação do diabetes ou a fase aguda da doença.

A insulina é indicada para pessoas com diabetes do Tipo 1 ou do Tipo 2, em situações especiais, como cirurgias e infecções graves, ou ainda quando o controle da glicemia não está sendo possível através dos antiglicemiantes orais.

Ela pode ser de origem bovina, suína e humana. Pode ser também, regular ou simples e lenta. A insulina regular é de ação rápida, permanece no organismo cerca de 6 a 8 horas. A insulina lenta - NPH (Neutral Protamine Hagedorn) possui ação prolongada, começando a agir 1h30min após a aplicação, atingindo seu efeito máximo entre 4 e 12 horas e com uma duração de aproximadamente 24 horas.

Os principais tipos de Diabetes Mellitus são:

- **Diabetes do Tipo 1** – manifesta-se de maneira mais abrupta e atinge principalmente crianças e adolescentes, o que não exclui a possibilidade de afetar adultos em qualquer idade. São frequentes os casos em que o diagnóstico é feito durante uma internação com quadro de cetoacidose.

De um modo geral, as pessoas com diabetes do Tipo 1 são magras e não possuem história familiar da doença. Vão depender do uso de insulina por toda a vida, além de terem que efetuar controle da dieta e praticar uma atividade física.

- **Diabetes do Tipo 2** – é mais característico da fase adulta, ocorrendo preferencialmente em indivíduos obesos. Cerca de 50% dos diabéticos Tipo 2 permanecem sem serem diagnosticados, pois a instalação é muitas vezes lenta, diferente do diabetes Tipo 1.

1 Oliveira, 1997.

2 Ministério da Saúde, 1993.

Algumas condições devem ser observadas pelos profissionais de saúde para identificar a existência de diabetes Tipo 2:

- idade \geq 40 anos;
- história de diabetes na família;
- obesidade do tipo andróide (aquela que se localiza mais na região abdominal), tendo em vista que o acúmulo de tecido gorduroso acarreta uma maior resistência dos tecidos à insulina, bem como uma diminuição da utilização da glicose por eles;
- história de doenças, como hipertensão arterial e dislipidemia;
- mulheres que relatem terem tido filhos com mais de 4 kg, tendo em vista que os altos níveis de glicose no sangue da mãe são compartilhados com o feto.

Os portadores de diabetes Tipo 2 podem controlar sua taxa de glicemia através da dieta e da atividade física regular. Quando necessário, utilizam-se de hipoglicemiantes orais.

- **Diabetes gestacional** - ocorre pelas alterações hormonais na gravidez em pessoas com predisposição, podendo-se manter após a gestação.

Todas as **medidas** a serem adotadas e o planejamento da equipe de saúde têm como meta a busca da qualidade de vida e o alcance de níveis glicêmicos dentro dos padrões desejados, ou seja, entre 80 e 120 mg/dl.

Apesar de as medidas gerais do tratamento do diabetes já estarem padronizadas, é necessário que cada pessoa seja avaliada a partir de suas próprias características.

O **tratamento** do portador de diabetes precisa estar centrado em três pontos essenciais que são:

- fornecimento de informações sobre o DM e suas complicações - as orientações devem estar voltadas para trabalhar o conhecimento, a aceitação e a convivência do cliente com a sua nova condição;
- adequação de hábitos de vida - consiste em planejamento alimentar (restrição de açúcares puros, carboidratos e gorduras); prática de atividade física regular; controle das situações de estresse e dos demais fatores de risco (obesidade, hipertensão, colesterol alto, etc.). O abandono de hábitos indevidos, cada vez mais incorporados no nosso dia-a-dia, talvez seja uma das maiores dificuldades encontradas no cumprimento do planejamento alimentar;
- uso correto dos medicamentos - o cliente e/ou seu cuidador devem ser orientados quanto à técnica de aplicação e de con-



Dislipidemia – É uma desorganização entre os níveis dos diferentes componentes plasmáticos, tais como: o colesterol total e suas frações, os triglicérides e outras gorduras circulantes.



Os exames complementares utilizados no **diagnóstico** e controle do diabético são: exame da glicemia plasmática em jejum, glicemia capilar e o teste de tolerância à glicose oral.



A dieta da modernidade, que é rica em gorduras e pobre em fibras, precisa ser modificada. Deve-se observar também a distribuição e regularidade da dieta em menores porções: café da manhã, colação (refeição que se faz entre o café da manhã e o almoço), almoço, lanche da tarde, jantar e ceia.



Antiglicemiantes orais são medicamentos utilizados por pessoas com diabetes do Tipo 2. Eles diminuem os níveis de glicemia sanguínea, ajudando a restabelecer o equilíbrio glicêmico em situações nas quais apenas a dieta e os exercícios não foram suficientes para fazê-lo. Eles não devem ser utilizados pelas pessoas com diabetes do Tipo 1, pois não substituem a insulina.



O diabético já que não deve consumir açúcar, poderá substituí-lo por adoçante.



Automonitoração - É a avaliação dos níveis glicêmicos, realizada através dos testes de glicosúria, glicemia capilar e cetonúria, pela própria pessoa diabética.



Caso a temperatura ambiente não seja superior a 30°C ou inferior a 2°C, o frasco de insulina que estiver em uso poderá ser mantido em temperatura ambiente por um período de até seis semanas.

servação da insulina, bem como quanto ao uso correto dos antiglicemiantes prescritos;

- monitorização da glicemia - o cliente e/ou seu cuidador precisam dominar as técnicas de verificação dos níveis glicêmicos, através dos testes de glicosúria, cetonúria e glicemia capilar, fazendo o registro dos valores obtidos.

Juntamente com a alimentação adequada, os exercícios físicos representam um dos fatores que mais exercem influência na diminuição dos níveis de glicose no sangue, o que torna possível a redução da necessidade de insulina. Ao mesmo tempo em que representam um aliado na prevenção das complicações do diabetes, atuam, inclusive, na redução do estresse, promovendo um maior equilíbrio emocional do portador.

É necessário orientar o indivíduo a prestar atenção a todas as situações que provocam nele ansiedade, irritação e, conseqüentemente, o estresse. Sempre que possível, ele deverá evitá-las, pois o estresse pode alterar seus níveis glicêmicos.

Os serviços de saúde devem criar alternativas que sirvam de apoio a esses clientes. As terapias de grupo ou outras atividades coletivas podem cooperar para uma maior aceitação da doença e maior adesão ao tratamento.

6.1.1 Cuidados gerais no manuseio da insulina

O envolvimento da pessoa é determinante no sucesso da terapia. A sua aceitação da insulina e o aprendizado das técnicas de automonitoração têm melhorado, em muito, o controle da doença.

Tanto o profissional de enfermagem, responsável pela medicação, quanto o usuário que se auto-administra a insulina, devem seguir algumas orientações básicas a fim de evitar complicações e alcançar melhores resultados com a terapia.

Os **cuidados** referentes à administração de insulinas são:

- utilizar seringa descartável e apropriada para a administração de insulina;
- manipular o frasco de insulina delicadamente, sem agitá-lo, pois isso pode provocar alteração na ação do medicamento;
- manter a insulina sob refrigeração não muito intensa - entre 2° e 8°C.

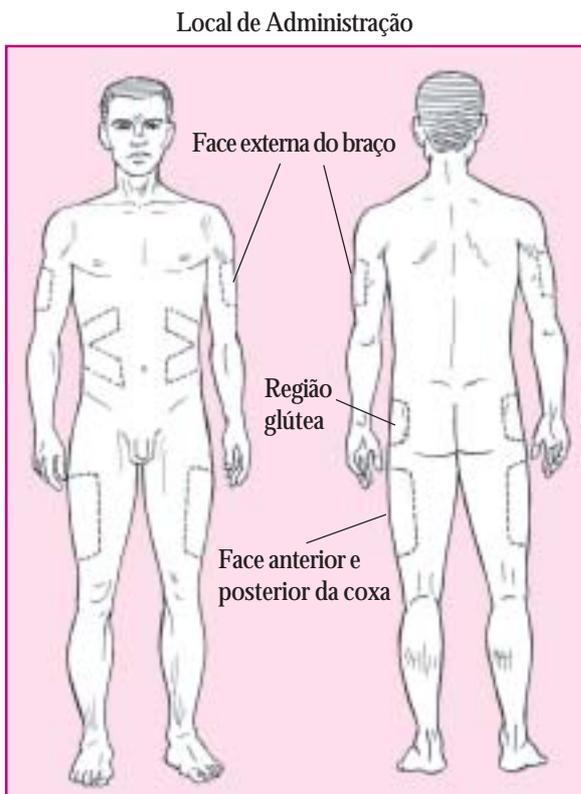
Merecem destaque quatro **orientações** relacionadas à aplicação da insulina:

- observar os locais apropriados para a aplicação;
- fazer o rodízio das áreas de aplicação, evitando o uso do mesmo local, antes de duas semanas, mantendo um espaço mínimo de três centímetros entre eles;
- inserir a agulha de insulina na posição de um ângulo de 90°, após a realização de um leve pinçamento da pele, garantindo que a insulina seja injetada no tecido subcutâneo;
- evitar o massagem do local da aplicação.

O objetivo do rodízio das áreas de aplicação é evitar uma complicação chamada de lipodistrofia, que é uma alteração da gordura subcutânea, causando depressão ou o aparecimento de massas no local afetado.



Cuidados importantes para aspiração da insulina





Toda e qualquer situação que fuja de nossa rotina é fonte de ansiedade e estresse. Os diabéticos parecem, em geral, mais suscetíveis a essas alterações.



O jejum prolongado em diabéticos requer atenção especial na administração de insulina para evitar hipoglicemia.

6.1.2 O cliente hospitalizado

A hospitalização é uma condição bastante frequente na vida dos diabéticos descontrolados, seja em decorrência das complicações agudas, como a cetoacidose diabética ou o coma hipoglicêmico, ou em função das complicações crônicas, como as insuficiências renais, as doenças cardiovasculares e as infecções.

O diabético não deve ser excluído das decisões de seu tratamento. O enfermeiro responsável, certamente, deverá fazer um planejamento que contemple suas opiniões. Uma boa comunicação entre as diversas pessoas envolvidas (familiares, equipe de enfermagem e nutricionista) pode facilitar o seu ajuste ao tratamento, encontrando uma alternativa que lhe seja mais favorável, enquanto estiver hospitalizado.

O portador de diabetes, que está habituado a fazer o seu próprio controle, demonstra insegurança em transferir essa responsabilidade para outras pessoas. A verificação da glicemia e a administração da insulina poderão continuar sob sua responsabilidade, desde que o mesmo se encontre em condições para tal e que estas ações sejam acompanhadas pela equipe de enfermagem e sob a supervisão do enfermeiro.

É preciso incentivá-lo, caso esteja em condições, a fazer caminhadas pelo corredor ou pelas áreas de lazer do hospital, uma vez que as dificuldades relativas à realização de exercícios físicos em ambiente hospitalar, certamente, levarão a uma maior necessidade de insulina em pessoas habituadas a fazê-los.

As internações geralmente ocorrem devido às complicações agudas. Dentre as mais comuns, destacam-se a hipoglicemia, a cetoacidose e complicações crônicas em outros órgãos (renal, vascular periférica, infarto agudo do miocárdio, infecções, dentre outras).

6.1.3 Complicações agudas

- **Hipoglicemia** – é uma complicação que ocorre com maior frequência no portador de diabetes do Tipo 1. Caracteriza-se pelo nível baixo de açúcar no sangue (glicemia < 69mg/dl). Ela pode ser decorrente do uso excessivo de insulina, da realização de exercícios físicos não-habituais ou quando a quantidade de alimentos ingeridos for insuficiente.

Nessa situação, a pessoa irá apresentar: tremores, sudorese intensa, palidez, palpitações, fome, visão embaçada, convulsão, podendo chegar à perda da consciência e ao coma, caso não receba a quantidade necessária de glicose.

Diante dessa situação, deve-se oferecer alimentos, de preferência líquidos como laranja ou até mesmo água com açúcar. Caso a pessoa se encontre inconsciente, deverá ser hospitalizada para administração de glicose endovenosa.

- **Cetoacidose** – é uma complicação que se caracteriza pelo aumento dos níveis de glicose sanguínea (glicemia > que 300mg/dl). De um modo geral, ela é decorrente da insuficiência de insulina, ou de sua suspensão, e do uso concomitante de agentes que causem hiperglicemia. Também pode estar presente em quadros com infecções e distúrbios psicológicos graves.

Nessa situação, a pessoa poderá apresentar: poliúria, polidipsia, desidratação, rubor facial, náuseas, vômito, sonolência e hálito cetônico.

O controle é feito em hospitais, através da aplicação de insulina intramuscular ou endovenosa, reposição de eletrólitos, uso de antibióticos, entre outros.

6.1.4 Complicações crônicas

As complicações crônicas de maior ocorrência são:

- as decorrentes da arteriosclerose, sendo as mais comuns a retinopatia, a nefropatia, o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral e a doença vascular periférica;
- a neuropatia diabética que se apresenta de várias formas, causando alterações em alguns órgãos, como no coração (infarto agudo do miocárdio, sem dor), na bexiga (bexiga neurogênica), nos intestinos (constipação e diarreia), no estômago (dificuldade de mandar o alimento para o duodeno), no pênis (impotência sexual), nos membros inferiores (perda de sensibilidade tátil, térmica, pressória e dolorosa), em especial nos pés, propiciando o desenvolvimento de úlceras de pé, conhecidas também como pé diabético.

● Cuidando do pé diabético:

- examinar os pés, diariamente, para identificar a presença de deformidades, alterações na cor e na temperatura, aumento de calosidade, presença de edemas e de fissuras;
- cortar as unhas com tesouras retas, lixando os cantos;
- lixar a calosidade dos pés com lixa de madeira, nunca cortá-los com gilete;
- lavar os pés com água morna e sabão neutro, secando-os bem, principalmente, entre os dedos;

- examinar a sensibilidade dos pés;
- passar cremes hidratantes nos pés, exceto entre os dedos;
- fazer exercícios com os pés, diariamente;
- usar sapatos confortáveis, de preferência fechados, de couro macio e se possível com meias de lã ou algodão, sem elásticos;
- evitar o uso de meias de nylon fina, quando usá-las, dê preferência à meia-calça;
- examinar os sapatos, diariamente, verificando a existência de pedras, pregos ou quaisquer irregularidades;
- comprar sapatos sempre no período da tarde, devido à possibilidade de edema nos membros inferiores;
- andar sempre calçado, mesmo dentro de casa;
- evitar o uso de chinelos de dedo;
- não passar medicamento colorido nos pés ao feri-los.

6.1.5 O que há de novo no tratamento do diabetes?

Há muitas novidades sendo discutidas e muitas pesquisas em andamento. Acredita-se que dentro de alguns anos, uma verdadeira revolução irá ocorrer no tratamento do DM, já se falando, inclusive, em possibilidade de cura, através do transplante das células de Langerhans, que são aquelas responsáveis pela produção da insulina no pâncreas.

Entretanto, cabe aos profissionais de enfermagem agir sempre com cautela, no sentido de orientar os diabéticos a manterem-se fiéis ao esquema básico de conduta prescrito, não abandonando o controle de sua saúde.

Os exames para controle do diabetes são:

- Glicemia capilar - é um método com pequena porcentagem de erro. Atualmente, pode ser realizado por um equipamento (glicosímetro) portátil de fácil manuseio. Seu alto custo torna inviável sua utilização em larga escala, especialmente por pessoas com menor poder aquisitivo. Outra dificuldade é a necessidade de se perfurar o dedo para obtenção de uma gota de sangue, cada vez que se queira fazer a medição.

A leitura do resultado pode ser feita comparando-se as cores obtidas com a tabela de referência, ou através do glicosímetro que apresenta as taxas de glicemia, fornecendo um resultado mais fiel. O diagnóstico do Diabetes Mellitus é confirmado quando o valor da glicemia de jejum for maior do que 126mg/dl.



Em alguns estados, como o Rio de Janeiro e São Paulo, já estão sendo utilizadas as bombas de insulina que, através de cateteres inseridos no tecido subcutâneo do indivíduo, permitem a liberação do medicamento de uma maneira similar ao pâncreas.



A grande maioria dos hospitais brasileiros já possui esses pequenos aparelhos de medição da glicemia capilar (glicosímetro).

- Glicosúria - é a medida da quantidade de glicose presente na urina, através de tiras reagentes. É o teste mais conhecido e utilizado no Brasil. Apesar de seu baixo custo e facilidade de manuseio, não apresenta resultados totalmente confiáveis, pois não reflete o nível de glicose no momento; não detecta hipoglicemia; pode dar resultados falsos em pacientes idosos, gestantes, pessoas em uso de alguns medicamentos, como vitamina C, AAS, pessoas com problemas renais, além dos resultados falso-negativos que podem ocorrer. O cliente deve ser orientado para esvaziar a bexiga. Após um tempo, colher uma amostra de urina e fazer o teste.
- Cetonúria - é outro método diagnóstico na pesquisa de corpos cetônicos na urina (cetonúria). Sua utilização deve ser feita em situações de descontrole glicêmico (glicemias superiores a 250 mg/dl)³. Este teste é mais utilizado no controle do diabetes gestacional, juntamente com a glicemia.

6.2 Hipo e Hipertireoidismo

A tireóide é uma glândula responsável pela produção de três importantes hormônios: triiodotironina (T3), tiroxina (T4) e calcitonina, cujo funcionamento inadequado pode acarretar ao indivíduo complicações que interferem em sua qualidade de vida e no desenvolvimento satisfatório de seu organismo. Essas disfunções são denominadas hipotireoidismo e hipertireoidismo.

As pessoas, muitas vezes, convivem com distúrbios da glândula tireóide sem terem um diagnóstico que lhes permita receber o tratamento adequado. De um modo geral, elas procuram as unidades de saúde com queixas que podem estar relacionadas a várias outras doenças como: desânimo, cansaço, sonolência, ansiedade e nervosismo.

6.2.1 Hipotireoidismo

É um distúrbio que pode ocorrer em todas as idades, mas que aparece com maior frequência na faixa etária que vai dos 40 aos 60 anos, numa proporção de 4 mulheres para cada homem, caracterizando-se pela produção reduzida dos hormônios tireoideanos. Inicialmente, há uma queixa de cansaço, desânimo e falta de forças para as atividades diárias. A pele e o cabelo tornam-se ressecados e sem viço, as unhas quebradiças, a face apresenta aspecto edemaciado (mixedema).

Na medida em que o distúrbio se agrava, a pessoa apresenta uma progressiva diminuição da capacidade intelectual e de sua condição física.



O T3 e o T4 são também chamados de maneira conjunta como hormônios tireoideanos. Eles têm como função controlar o metabolismo, a divisão e o crescimento normal das células. A calcitonina é responsável pelo depósito de cálcio nos ossos.

Os profissionais de enfermagem, em assistência ao portador de hipotireoidismo, deverão:

- estimular a realização de atividades que evitem o imobilismo prolongado;
- garantir o conforto e temperatura adequada para prevenir hipotermia (temperatura baixa);
- incentivar a pessoa ao retorno às suas atividades sociais e profissionais após alta hospitalar;
- orientar quanto ao fato de que, na medida em que a reposição do hormônio da tireóide for sendo regularizada, todas as suas funções retornarão à normalidade;
- participar no atendimento e acompanhamento desses clientes em sua fase de maior gravidade
- atentar para interações e sensibilidade a medicamentos.

6.2.2 Hipertireoidismo

É um distúrbio que pode ocorrer em todas as idades, sendo, entretanto, raro em crianças com menos de 10 anos, atingindo sua frequência máxima após os 40 anos. Da mesma forma que no hipotireoidismo, esta é uma moléstia que incide mais frequentemente no sexo feminino, em uma proporção de 5 mulheres para cada homem.

No hipertireoidismo ocorre uma produção excessiva de hormônios por parte da tireóide, devido a uma estimulação aumentada da glândula.

“Ele pode aparecer após um choque emocional, estresse ou infecção, mas o significado exato dessas correlações não é compreendido. Outras causas comuns de hipertireoidismo incluem a tireoidite e ingestão excessiva de hormônio tireoidiano”⁴.

Os principais sinais são a agitação, a ansiedade e o nervosismo. As pessoas apresentam-se continuamente excitadas, irritadas diante de situações corriqueiras e queixam-se de palpitações, calor e tremor nas mãos. Os olhos assumem um aspecto estranho, como se estivessem saltando para fora (exoftalmia), podendo aparecer taquicardia, hipertensão e até insuficiência cardíaca.

De um modo geral, a pessoa com hipertireoidismo é internada em função das complicações apresentadas por outras condições patológicas, ou também para a realização da tireoidectomia.

As ações da enfermagem devem voltar-se, especialmente, para a tranquilização do paciente e seus familiares, salientando que sua



Tireoidite – É a inflamação da tireóide.



Tireoidectomia – É o procedimento cirúrgico para retirada total ou de parte da tireóide.

condição é temporária e que haverá um retorno, em breve, às suas características anteriores.

De um modo geral, as alterações ocorridas no aspecto físico, tais como a exoftalmia e a perda de peso, tornam a pessoa irritada e com baixa auto-estima. A equipe de enfermagem deve orientar seus colegas de trabalho e os familiares da pessoa que evitem referências a esse fato. Um ambiente de conforto, tranquilo e longe de situações estressantes deve ser proporcionado.

Caso a pessoa seja submetida à tireoidectomia, uma medida de prevenção a ser adotada é a colocação de uma bandeja com os materiais necessários à realização de uma traqueostomia de urgência, pois pode ocorrer a lesão das glândulas paratireóides durante a cirurgia, problema que, apesar de raro, pode provocar a tetania, com espasmos da laringe e possível obstrução das vias aéreas.

O **diagnóstico** poderá ser feito pela análise dos sinais e sintomas característicos de cada um dos distúrbios da tireóide, acima descritos, e por meio de exames que permitem avaliar a dosagem de hormônios presente no sangue.

A enfermagem, ao cuidar de pessoas que irão se submeter a testes tireoideanos, precisa estar atenta para a tranquilização das mesmas, além de não administrar medicamentos que contenham iodo, pois eles podem alterar os resultados dos exames.

7- DISFUNÇÕES URINÁRIAS

Para os organismos unicelulares, a função de absorção dos alimentos e expulsão dos produtos residuais se realiza através da parede celular. No caso do ser humano, esse processo não é tão simples. Existem órgãos especiais para receber o oxigênio e os nutrientes, e outros para expelir os produtos residuais e as toxinas produzidas pelo metabolismo.

Um dos produtos residuais, como o dióxido de carbono, é expelido através dos pulmões. Alguns dejetos nitrogenados são removidos pelo suor, contudo, é através dos rins que expelimos a maior parte dos dejetos orgânicos e as toxinas do corpo.

A eliminação urinária e o controle dos produtos de excreção urinária são funções elementares, indispensáveis para o funcionamento normal do organismo. Qualquer modificação da excreção normal é capaz de causar problemas em outros sistemas do organismo, além de causar frustração e constrangimento a uma pessoa que apresente alteração na excreção.

As pessoas que apresentam distúrbios de eliminação urinária necessitam de ajuda, compreensão e sensibilidade. Os profissionais



Traqueostomia – É a abertura cirúrgica na traquéia podendo ser temporária ou permanente com finalidade de restabelecer a função respiratória.



Dejetos nitrogenados – São produtos de excreção originados de reações químicas desenvolvidas dentro do organismo.



Cada indivíduo tem sua rotina pessoal de eliminação urinária, a qual sofre a influência de diversos fatores, como idade, hábitos pessoais, enfermidades, fatores socioculturais, psicológicos e quantidade de líquidos ingeridos, que também vão exercer influências sobre a micção normal do indivíduo.

de enfermagem devem auxiliá-las a enfrentar o mal-estar e os problemas relacionados a sua auto-imagem, bem como ajudá-las a estimular a excreção normal, a fim de assegurar a saúde e o seu bem-estar.

De um modo geral, as patologias do trato urinário podem gerar tensões emocionais e sentimentos de embaraço na pessoa, quando a sua genitália externa é examinada e tratada, ou quando a função urinária é discutida. Por exemplo, é constrangedor para ela responder a perguntas como: “Sente dor ao urinar?; O senhor já urinou hoje? Qual a quantidade?”, etc...

Os distúrbios de eliminação urinária mais freqüentes decorrem da incapacidade funcional da bexiga, da obstrução da saída da urina ou da incapacidade de controle voluntário da micção. Algumas pessoas apresentam alterações permanentes ou temporárias na via normal de eliminação urinária.

Vale lembrar que muitos clientes do sexo masculino acreditam que as doenças urológicas, ou a realização de procedimentos que envolvem este sistema orgânico, são capazes de influenciar sobre sua sexualidade de maneira negativa.

Todos esses aspectos precisam ser levados em consideração pela equipe de enfermagem quando presta cuidados aos portadores de problemas urinários. Eles desejam ter suas perguntas respondidas, seus medos afastados e seu desconforto aliviado. Além disso, seu recato e sua privacidade devem ser mantidos. Necessitam de encorajamento e apoio da equipe de saúde que cuida deles.



Região suprapúbica – É a região anatômica acima do osso púbico.



A capacidade da bexiga varia em um adulto entre 500 a 1000ml, sem representar grandes sofrimentos de sua musculatura. No entanto, entre 150 e 200ml já existe sinais nervosos que indicam o desejo consciente de urinar. Nos casos graves de retenção urinária, a bexiga chega a conter 2000 ou mesmo 3000ml de urina.

Quando sentimos vontade de urinar, mas não podemos ir ao banheiro naquele momento, conseguimos conter a urina contraindo os esfíncteres uretrais.

7.1-Retenção Urinária

A retenção urinária é um problema caracterizado pela incapacidade da bexiga de se esvaziar completamente. A urina acumula-se no interior da bexiga, distendendo as paredes da mesma e causando sensação de peso, de desconforto e sensibilidade dolorosa à palpação da região suprapúbica, além de irritabilidade e sudorese.

O principal sinal é a ausência de diurese pelo espaço de várias horas, assim como a distensão da bexiga, denominada de bexigoma. Pode-se apenas ter a sensação de peso ou dor intensa, sempre que a distensão da bexiga ultrapassar a capacidade normal deste órgão.

As principais causas de retenção urinária são: aumento da próstata, constipação, estreitamento e edema da uretra como consequência de parto e cirurgia. A ansiedade emocional pode afetar a capacidade de relaxamento dos esfíncteres uretrais, que são músculos de formato circular que contraem e relaxam, controlando a saída da urina.

Nos casos de retenção urinária, todas as medidas possíveis para estimular a diurese espontânea são adotadas, tais como:

- garantir a privacidade durante a micção;
- abrir torneiras e chuveiros próximos;
- molhar os pés dos clientes acamados, pois essas medidas ajudam a relaxar os esfíncteres uretrais; e, em último caso,
- fazer sondagem vesical de alívio.

7.2 Incontinência Urinária

A incontinência urinária é uma disfunção caracterizada pela perda do controle, total ou parcial, da micção. Pode manifestar-se em qualquer faixa etária, embora seja mais freqüente no adulto. A pessoa que apresenta este problema sente-se socialmente marginalizada, afastando-se freqüentemente das atividades sociais.

A urgência miccional é um tipo de incontinência urinária, onde a pessoa sente a necessidade urgente e repentina de urinar, mas não consegue chegar a tempo até o vaso sanitário.

Um dos cuidados importantes da enfermagem, com aqueles que possuem disfunções urinárias, é a monitorização diária do balanço hídrico.

O balanço hídrico representa o resultado de todos os líquidos administrados a esse cliente (seja por via oral ou via parenteral) e de todos os líquidos eliminados, através dos rins, pele, pulmões e trato gastrointestinal (por exemplo, por meio de sondagem gástrica em drenagem), sendo registrado em formulários próprios a evolução do quadro durante 24 horas. É indicado para acompanhamento daqueles que são nefropatas, cardiopatas, edemaciados, ascíticos e que necessitam de cuidados intensivos.

7.3 Cistite

É uma inflamação da bexiga, geralmente iniciada na uretra, causada mais freqüentemente por microorganismos que podem desenvolver uma infecção, como nos casos de cistites causadas por uso de sondagens vesicais ou equipamentos de exames como o citoscópio.

As mulheres são mais atingidas pelas cistites que os homens, tendo em vista o tamanho da uretra feminina, menor do que a masculina, e sua proximidade do ânus. Na maioria dos casos, a cistite nas mulheres é causada por *Escherichia coli*. Destaca-se que o aumento das infecções urinárias também pode estar associado à atividade sexual pela exposição dos órgãos genitais femininos.

Em relação aos homens, a cistite geralmente é secundária a alguma outra doença, como infecções na próstata, no epidídimo ou cálculos vesicais.



Micção - É o processo pelo qual a urina é expelida da bexiga.



A incontinência urinária é comum nos pacientes que tiveram AVC ou outras disfunções neurológicas.



Citoscópio - É o equipamento utilizado pelo urologista para visualizar a bexiga.



A *Escherichia coli* é uma bactéria que pertence à flora normal do trato intestinal humano, que não causa infecção nos intestinos, mas quando atinge o sistema urinário pode provocar a cistite.



Piúria – É a presença de pus na urina.

Bacteriúria- É a presença de bactérias na urina.

Hematúria – É a presença de sangue na urina.



Lembrar alguns cuidados na coleta de urina para cultura: oferecer recipiente estéril; orientar a fazer higiene da genitália externa e a desprezar o primeiro jato de urina, colhendo a seguir.



As mulheres devem ser orientadas a passarem o papel higiênico quando forem enxugar-se após terem urinado sempre no sentido ântero-posterior, isto é, o papel primeiro é passado na genitália, indo em direção ao ânus e desprezado em seguida. O mesmo deverá ser observado durante a higiene íntima de crianças do sexo feminino.

Os indivíduos acometidos pela cistite podem apresentar os seguintes sintomas: urgência miccional, aumento da frequência urinária, queimação e dor à micção. Dependendo do estado avançado do processo infeccioso, pode ocorrer piúria, bacteriúria, hematúria e forte dor na região suprapúbica.

Para confirmação desses casos, é indicado o exame EAS (Elementos Anormais Sedimentados), onde são pesquisadas as características da urina e a presença de substâncias anormais, entre elas, sangue, pus e bactérias. Já nos casos em que os sintomas estão evidenciando de forma clara uma infecção, ou quando é necessário saber qual é o agente causador e o antibiótico que deverá ser utilizado, poderá ser solicitado urocultura ou cultura de urina.

O **tratamento** das pessoas com cistite se faz através do uso de antibióticos. Uma atuação efetiva da enfermagem consiste em orientar a importância de se tomar todas as doses prescritas, mesmo se houver alívio imediato dos sintomas, devido ao risco de recorrência da infecção mal curada. De uma maneira geral, as cistites não representam situações clínicas que indiquem internação hospitalar, sendo geralmente tratadas em nível ambulatorial.

Do ponto de vista preventivo, as cistites podem ser evitadas pelas mulheres por meio de higiene íntima adequada, uso correto do papel higiênico após urinar, esvaziamento vesical freqüente, inclusive após as relações sexuais por diminuírem a quantidade de microorganismos nos genitais femininos, e visitas periódicas ao ginecologista.

Algumas **intervenções de enfermagem** podem ser adotadas para aliviar o desconforto associado à cistite, tais como:

- aplicar calor e banhos de imersão quentes, que ajudam a aliviar a dor e a urgência miccional;
- estimular a ingestão de grandes quantidades de líquidos para promover o aumento da diurese e eliminar as bactérias do trato urinário;
- orientar o esvaziamento completo da bexiga (a cada duas a três horas), com o intuito de reduzir o número de bactérias e para não ocorrer reinfecção.

7.4 Urolitíase

Entre tantas substâncias que são eliminadas diariamente através da urina, temos o cálcio e o ácido úrico, que são substâncias cristalinas, isto é, formam cristais. Em situações anormais, estas substân-

cias se cristalizam, depositando-se em alguma parte do sistema urinário, formando os cálculos renais ou urolitíases.

Alguns fatores favorecem a formação de cálculos, como infecção das vias urinárias, estase urinária, períodos prolongados de imobilização no leito, ingestão excessiva de cálcio e a desidratação.

As **manifestações clínicas** dos cálculos renais são muito variáveis. Podem aparecer na forma indolor, ou em crises de cólicas renais caracterizadas por dor intensa e profunda na região lombar (região do dorso entre o tórax e a pelve), eliminação de urina com sangue e pus, associadas à distensão abdominal, diarreia, náuseas e vômitos, devido à proximidade dos rins com o sistema digestório, levando a alterações em seu funcionamento.

Geralmente, a dor de origem renal apresenta algumas características típicas, tais como o início abrupto, com irradiação anteriormente e para baixo em direção à bexiga na mulher e ao testículo no homem. Esta dor característica tem origem com a obstrução, a inflamação e o edema da mucosa do trato urinário em contato com o cálculo.

Quando o cálculo se aloja no ureter, surge dor aguda, intensa, em cólica, que se irradia para a coxa e genitália. Há também um freqüente desejo de urinar, mas a pessoa somente elimina uma pequena quantidade de urina. A maioria dos cálculos pode ser diagnosticada através da radiografia, que deve ser associada a outros dados, como sinais e sintomas, tipo da dor e exame de urina do tipo EAS.

O objetivo do **tratamento** de tal enfermidade é: determinar o tipo de cálculo; eliminar o mesmo; evitar a lesão renal; controlar a inflamação e aliviar a dor.

Os líquidos endovenosos são benéficos no sentido de auxiliar o cliente a expelir o cálculo, além de reduzir a concentração de cristais urinários e assegurar elevado volume urinário.

Em geral, os cálculos de 0,5 a 1cm de diâmetro são eliminados espontaneamente.. Aqueles com mais de 1cm devem ser removidos ou fragmentados, através de um procedimento não-cirúrgico (litotripsia), utilizado para fracionar cálculos renais para serem eliminados pela urina. No entanto, em algumas situações, há necessidade da remoção cirúrgica.

A equipe de enfermagem irá participar da prevenção de recidiva de cálculos, prestando as seguintes **orientações** após a alta hospitalar:

- o alívio da dor pode ser facilitado por meio de banhos quentes ou aplicação de calor úmido na região do flanco;
- uma ingestão elevada de líquidos deve ser mantida, pois os cálculos se formam mais facilmente em uma urina concentrada.



Esses cálculos podem ser encontrados em qualquer ponto – do rim e da bexiga – e variam em tamanho (desde pequenos depósitos granulares, denominados de areia, até cálculos vesicais do tamanho de uma laranja).



Estase urinária - É um distúrbio caracterizado pela retenção de pequenos volumes de urina na bexiga mesmo após a micção.



Os rins desempenham a função excretora, através de células especializadas para este fim denominadas de néfrons. Cada rim é composto por aproximadamente 1 milhão de néfrons, e esses possuem, entre outras estruturas o glomérulo, que é um novelo de capilares por onde passa o sangue que será filtrado. Vale lembrar que existe um grupo específico de bactérias que possui a capacidade de provocar a inflamação dos glomérulos. Esta bactéria é o *Streptococo beta-hemolítico* do grupo A, que frequentemente causa infecções de garganta (faringites e amigdalites) e de pele (impetigo).



Uremia –É a presença de altas concentrações de uréia no sangue, causada pela incapacidade dos rins de eliminá-la através da urina.



O cloreto de sódio (sal) favorece a retenção de água no organismo.

No que se refere à dieta, a pessoa deve ser encorajada a seguir um regime para evitar a formação de outros cálculos, evitando alimentos ricos em cálcio, tais como: leite e seus derivados, gema de ovo, vísceras e alguns vegetais como a beterraba, espinafre e ervilhas.

7.5 Glomerulonefrite

Refere-se a uma resposta inflamatória do glomérulo contra alguma substância nociva (antígeno) que invade o organismo humano, e que o sistema imunológico tenta destruir. Ao fazer isso, o sistema imunológico produz anticorpos que, ao se depararem com o antígeno, se ligam a ele, formando o que chamamos de complexo antígeno-anticorpo. Este complexo antígeno-anticorpo se adere ao glomérulo, obstruindo-o e causando inflamação. Quando isso ocorre em muitos glomérulos, temos a glomerulonefrite **aguda**.

Substâncias tóxicas, como veneno e toxina liberadas pelo *Streptococo beta-hemolítico* do grupo A, atuam como antígenos, levando a processo inflamatório do rim, portanto, ocasionando a glomerulonefrite aguda. Assim, uma pessoa pode apresentar glomerulonefrite após faringites e amigdalites, quando não tratadas adequadamente, em decorrência da circulação das toxinas na corrente sanguínea.

Existem situações em que a glomerulonefrite aguda passa despercebida pela pessoa, somente sendo descoberta após exame de urina de rotina. A pessoa pode apresentar cefaléia, mal-estar geral, edema facial, dor no flanco, hipertensão arterial- que pode variar de leve à grave- diminuição da diurese, hematúria e colúria, que é a urina com cor de Coca-Cola®.

Os objetivos do **tratamento** são os de proteger os rins insuficientes da pessoa e cuidar imediatamente das complicações. Ela é orientada a permanecer em repouso no leito, geralmente por período de 2 a 3 semanas, a fazer um mês de repouso relativo e um ano de atividade física controlada.

Durante a hospitalização, a **equipe de enfermagem**, diariamente, encaminhará o cliente para pesar e realizará balanços hídricos, de modo a acompanhar a recuperação da função renal pelo aumento ou redução do edema. Uma dieta com restrição de sódio, água e proteínas deverá ser oferecida, de modo a diminuir o edema, a pressão arterial e o risco de uremia.

Episódios frequentes de glomerulonefrite aguda podem levar à glomerulonefrite **crônica**. A principal alteração está no fato de haver uma redução progressiva do tamanho dos rins, uma vez que, a cada episódio de glomerulonefrite aguda, ocorrem mortes de grande número de néfrons. Em alguns pacientes, somente se consegue descobrir a glomerulonefrite crônica devido à hipertensão arterial.

O **tratamento** da glomerulonefrite crônica é ambulatorial e baseado nas complicações que eles apresentam, tais como insuficiência cardíaca, renal e hipertensão arterial.

Em nível ambulatorial, **os profissionais de enfermagem** devem salientar a importância do acompanhamento e da adesão ao tratamento, bem como orientar quanto ao repouso que deve ser com os membros inferiores elevados para reduzir o edema e sobre a necessidade de pesar-se diariamente. A pessoa deverá ser instruída a notificar ao profissional que a está acompanhando sintomas, como fadiga, náuseas, vômitos e diminuição da urina.

A família deve ser orientada a participar do tratamento e acompanhamento, recebendo informações sobre o que está acontecendo, tendo suas perguntas respondidas e sendo respeitada a sua liberdade de expor suas preocupações.

7.6 Insuficiência Renal Aguda

Caracteriza-se por perda súbita e quase completa da função renal causada pela diminuição da filtração glomerular, resultando em retenção de substâncias que normalmente seriam eliminadas na urina, como a uréia, a creatinina, o excesso de sódio, de potássio, de água e de outras substâncias tóxicas.

De um modo geral, as **principais causas** de insuficiência renal aguda são a hipovolemia e hipotensão por períodos prolongados e a obstrução dos rins ou das vias urinárias. Se estas situações forem devidamente diagnosticadas e tratadas a tempo, os rins serão preservados da ausência de fluxo sanguíneo e não sofrerão danos. Caso tais situações não sejam revertidas em tempo hábil, os rins sofrem lesões que podem prejudicar seu funcionamento de maneira aguda ou crônica.

A insuficiência renal crônica é uma deterioração progressiva e irreversível da função renal. Geralmente ocorre como consequência da insuficiência renal aguda, de glomerulonefrites e de intoxicações graves. Os **sinais e os sintomas** da insuficiência renal variam de acordo com a causa e o nível de prejuízo renal.

O indivíduo, geralmente, apresenta-se letárgico, com náuseas, vômitos e diarreia. A pele e mucosas apresentam-se secas por desidratação, e a respiração pode ter o mesmo odor da urina, denominado de hálito urêmico. É um paciente sonolento, com queixas constantes de cefaléia, podendo apresentar abalos musculares, convulsões, arritmias e parada cardíaca nos casos graves. O volume urinário apresenta-se diminuído e os valores de uréia e creatinina no sangue aumentam gradativamente.



A uréia e a creatinina são substâncias originadas normalmente do metabolismo das proteínas existentes nos alimentos que ingerimos. Os níveis de água, sódio, potássio, entre outros, devem ser mantidos dentro dos limites da normalidade, pois estas substâncias, quando excedem as suas quantidades normais no sangue, podem tornar-se tóxicas e até levar à morte.



Letárgico - É um estado do nível de consciência em que o paciente passa a ter lentidão nas atitudes.



Eritropoetina é uma substância produzida pelos rins que vai atuar estimulando a produção de hemácias na medula óssea vermelha.

A anemia acompanha inevitavelmente a insuficiência renal devido a vários fatores, como lesões gastrointestinais sangrantes e redução da vida das hemácias e da produção da eritropoetina.

Existem algumas drogas que possuem grande capacidade de causar lesões renais. Tais drogas são denominadas de nefrotóxicas, como alguns antibióticos. Nesses casos, a pessoa precisa ter a função renal avaliada, cautelosamente, durante todo o tratamento.

É, portanto, responsabilidade da **equipe de enfermagem** em relação ao cliente:

- monitorizar a função renal através do balanço hídrico e da pesagem diária ;
- avaliar freqüentemente seu estado, observando e registrando sinais de comprometimento cardíaco, como dispnéia, taquicardia e distensão das veias do pescoço;
- estar atenta e preparada para situações de emergências que podem ocorrer, como arritmias e parada cardíaca.
- manter a família informada a respeito de suas condições, auxiliando-os na compreensão do tratamento.



Peritônio – É uma membrana serosa que reveste internamente a cavidade abdominal e pélvica (peritônio parietal), bem como os órgãos contidos nela (peritônio visceral).

Fístula arteriovenosa – É um canal que faz comunicação entre artéria e veia, obtido através de um procedimento cirúrgico.

Intervenções, como **diálise peritoneal** e **hemodiálise**, podem ser utilizadas no sentido de substituir os rins insuficientes, promovendo a eliminação das substâncias tóxicas.

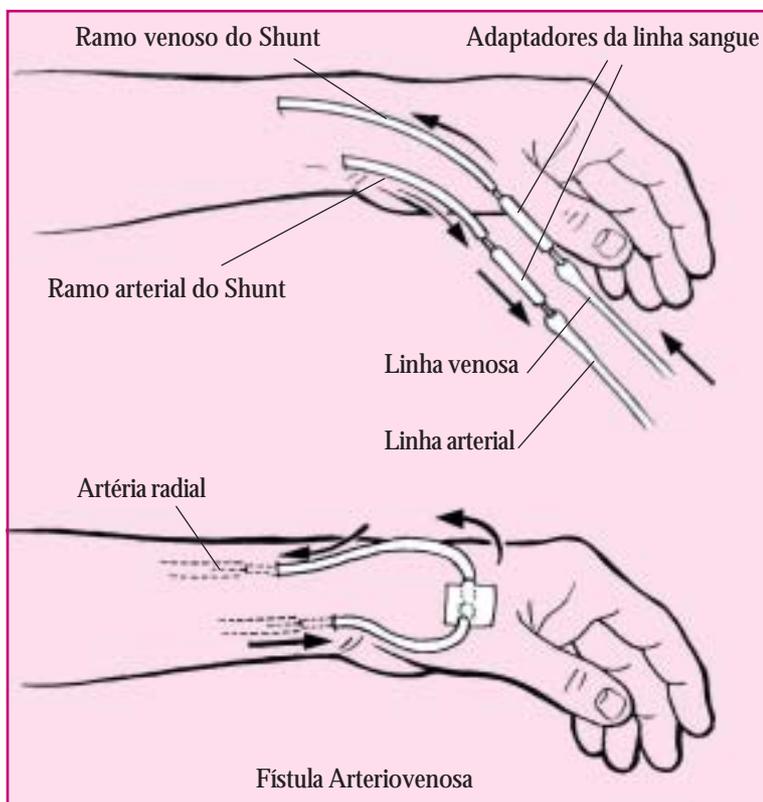
A diálise peritoneal é um método pelo qual se introduz um líquido estéril (líquido dialisador) na cavidade abdominal por meio de um cateter. O peritônio é banhado com este líquido dialisador, que faz a remoção das substâncias tóxicas presentes no organismo. A quantidade de líquido infundido e a duração das infusões variam de acordo com as necessidades de cada um.

A hemodiálise é um processo pelo qual, através de uma fístula arteriovenosa ou catéter de longa ou curta duração, o sangue do indivíduo passa por uma máquina que contém um sistema de filtro artificial, simulando os rins, eliminando assim as substâncias tóxicas do corpo.

De modo a oferecer uma qualidade de vida melhor, o transplante renal tornou-se o tratamento de escolha para a maioria dos portadores de doença renal crônica. O rim pode ser proveniente de um doador vivo ou de cadáver humano. Geralmente, a diálise peritoneal e a hemodiálise são tratamentos utilizados pelos doentes renais crônicos até se conseguir o transplante.



O uso de cateter de longa ou curta duração na hemodiálise é indicado em situações de emergência ou transitórias.



8- DISTÚRBIOS HEMATOLÓGICOS

Os distúrbios hematológicos caracterizam-se por alterações nas células sanguíneas, constituindo um dos problemas mais comuns encontrados entre a população, atingindo desde a criança até o idoso. Dentre esses, abordaremos: anemia, leucemia e hemofilia.

8.1 Anemia

É um distúrbio resultante da redução da quantidade normal das células vermelhas do sangue (hemácias) e da concentração de hemoglobina. Do ponto de vista fisiológico, há anemia quando existe produção diminuída ou ineficaz de hemácias ou hemoglobina, por insuficiência da medula óssea, acarretando prejuízo da oferta de oxigênio aos tecidos; diminuição ou destruição prematura das hemácias (hemólise); perda aumentada de sangue (hemorragias); déficit de ferro e outros nutrientes; fatores hereditários e doenças crônicas, tais como: artrite reumatóide, abscessos pulmonares, osteomielite, tuberculose e câncer.



Os exames hematológicos incluem pesquisa de hemoglobina e hematócrito, estudos dos leucócitos, nível sérico de ferro, vitamina B12, tempo de sangramento e de coagulação.



Hematócrito - É um teste que possibilita aferir o volume percentual de hemácias presente em amostra de sangue.

A anemia é comum nas pessoas idosas, sendo considerada parte de processo patológico, e não do resultado do envelhecimento, podendo apresentar efeitos graves na função cardiopulmonar, quando não tratada corretamente.

Quanto mais rapidamente a anemia se desenvolve, mais graves são seus sintomas que incluem: dispnéia aos esforços e de repouso, fraqueza, palidez, cefaléia, tonteira, desmaio, irritabilidade, inquietação e taquicardia.

O tipo e a causa da anemia podem ser determinados por exames hematológicos, além de estudos diagnósticos, como a aspiração e a biópsia da medula óssea, para determinar a presença de doença aguda ou crônica e a origem de qualquer hemorragia também crônica. O tratamento é voltado para as causas da anemia e reposição da perda sangüínea.

As **ações de enfermagem** junto à pessoa anêmica incluem:

- encorajar a deambulação e a participação nas atividades da vida diária, conforme tolerado, enfatizando os riscos da imobilidade (má circulação sangüínea);
- avaliar queixas de fadiga, fraqueza, desmaios, tonteiros ou marcha instável, aconselhando-a evitar movimentos súbitos;
- incentivar períodos adequados de repouso;
- orientar a redução de atividades e estímulos que causem taquicardia e aumento do débito cardíaco;
- monitorizar os sinais vitais;
- elevar a cabeceira do leito em caso de dispnéia;
- administrar oxigenoterapia quando necessário;
- observar e relatar sinais e sintomas de retenção hídrica (edema periférico, distensão das veias do pescoço, cansaço aos esforços e queda da pressão arterial);
- evitar alimentos formadores de gases (a distensão abdominal pode aumentar a dispnéia);
- oferecer alimentos ricos em proteínas, calorias, vitaminas e sais minerais, conforme orientação nutricional, além de refeições fracionadas para ajudá-la a enfrentar os problemas de fadiga e anorexia.

Existem anemias causadas por deficiências na produção das hemácias (anemias **hipoproliferativas**) e as decorrentes da destruição dessas (anemias **hemolíticas**). Dentre estas, podemos destacar a aplásica, a ferropriva e a falciforme.

- Anemia aplásica – Pode resultar de certas infecções ou ser causada por drogas, substâncias químicas ou radiação. As manifestações clínicas incluem: fraqueza, palidez, falta de ar e sangramento, que é o sintoma inicial em cerca de 1/3 das pessoas.
- Anemia ferropriva – É uma condição na qual o conteúdo de ferro orgânico encontra-se inferior ao nível normal, pois o ferro é necessário para a síntese de hemoglobina, sendo o tipo mais comum de anemia em todos os grupos etários. A causa habitual é o sangramento excessivo decorrente de úlceras, gastrites ou menstrual, como também a má absorção de ferro.

As pessoas com deficiência de ferro podem apresentar: língua lisa e dolorida e unhas delgadas e côncavas. Pode ainda ocorrer a perversão do apetite – denominada pica - que leva a pessoa a ingerir substâncias incomuns, como argila, terra, talco ou gelo. A orientação preventiva é importante, porque a anemia ferropriva é muito comum nas mulheres em idade fértil e que estão grávidas. Os alimentos ricos em ferro incluem: vegetais folhosos, passas, melado e carnes que, ingeridos juntamente com a vitamina C, aumentam a absorção de ferro. As manifestações clínicas são: fadiga, irritabilidade, dormência, formigamento das extremidades e língua saburrosa. O **tratamento** inclui o aconselhamento nutricional e a administração de ferro oral ou intramuscular.

- Anemia falciforme – É uma anemia hemolítica grave, resultante de um defeito na molécula de hemoglobina que assume uma forma de foice. A doença é incapacitante e é mais comum em pessoas de raça negra. Os sinais e sintomas incluem: icterícia, observada principalmente na esclerótica, alargamento dos ossos faciais e cranianos, taquicardia, sopros cardíacos e, com frequência, cardiomegalia (aumento do coração). Os idosos podem apresentar arritmias e insuficiência cardíaca. Uma característica importante dessa patologia é a dor de forte intensidade, principalmente nas articulações.

Em geral, os pacientes com anemia falciforme são diagnosticados na infância, pois já são anêmicos e começam a ter crises de dores intensas com 1 ou 2 anos. Não existe tratamento específico para tal anemia. Os fundamentos da **terapia** da crise falciforme são a hidratação e a analgesia.

As **ações de enfermagem** consistem em:

- incentivar o repouso;
- apoiar as articulações afetadas;
- administrar analgésicos prescritos;



Esclerótica - É a membrana branca e fibrosa que reveste o globo ocular.

- administrar líquidos;
- monitorizar a hidratação.

Em clientes em processo de alta hospitalar, prestar orientação no sentido de:

- observar febre, tosse, taquipnéia, sintomas urinários, quaisquer áreas abertas, avermelhadas, doloridas,
- procurar um pronto atendimento caso elas se desenvolvam;
- evitar infecções, desidratação, atividade física extenuante, estresse emocional, roupas restritivas ou apertadas, altitudes elevadas;
- participar de grupos de apoio.

8.2-Leucemia

São distúrbios malignos dos tecidos formadores do sangue, caracterizados por uma proliferação não-controlada de leucócitos na medula óssea, substituindo os elementos medulares normais. Com frequência, as leucemias são classificadas em linfocíticas e mielocíticas e em agudas ou crônicas. A **causa** é desconhecida, mas existe influência genética, viral e por exposição à radiação ou a substâncias químicas.

As **manifestações clínicas** podem incluir: petéquias (pequenas manchas hemorrágicas); equimoses (manchas azuladas decorrentes de extravasamento de sangue para a pele); epistaxe (sangramento nasal), sangramento gengival, hemorragias na retina ou em qualquer orifício corporal; palidez; fadiga; dispnéia; febre; infecção; esplenomegalia (aumento do baço); hepatomegalia (aumento do fígado); dor óssea e nas articulações; efeitos neurológicos secundários à infiltração no sistema nervoso central, tais como: desorientação, sonolência, torpor.

A principal forma de **tratamento** é a quimioterapia, porém o transplante de medula também é utilizado, quando existe um doador compatível.

As **ações de enfermagem** incluem:

- reconhecer que o cliente está sob alto risco de infecção e ficar atenta para as medidas de segurança, como o uso de máscara, lavagem das mãos;

- monitorizar a temperatura;
- iniciar antibioticoterapia prescrita;
- proporcionar alívio da dor, conforme necessário e prescrito;
- assegurar nutrição e hidratação adequadas.
- manter o conforto do cliente;
- evitar barulhos;
- manter a integridade da pele e das membranas mucosas;
- esclarecer a família quanto aos sinais e sintomas de infecção (febre, presença de hiperemia em qualquer parte do corpo);
- proporcionar informações sobre os tratamentos prolongados;
- promover mecanismos positivos de enfrentamento do estresse para ajudar o cliente e a família a lidar com os fatores relacionados à doença;

8.3 Hemofilia

É um distúrbio do mecanismo de coagulação do sangue, que pode resultar em incontrolláveis hemorragias. Trata-se de uma deficiência genético-hereditária, quase exclusiva do sexo masculino. A ocorrência é de um caso em cada 10 mil habitantes.

Desde os primeiros meses de vida, o hemofílico é identificado pelos sintomas hemorrágicos que apresenta. Um pequeno traumatismo pode desencadear dor intensa, hematomas, episódios hemorrágicos importantes em órgãos vitais, músculos e articulações. A repetição das hemorragias nas articulações pode gerar seqüelas graves que afetam a mobilidade dos membros atingidos. Muitas pessoas tornam-se inválidas pela lesão articular antes de se tornarem adultos. Pode ocorrer hematúria e sangramento digestivo espontâneo.

Existem dois tipos de hemofilia identificados:

- Hemofilia A - conhecida como clássica, atingindo cerca de 85% das pessoas e caracteriza-se pela deficiência de fator VIII da coagulação.
- Hemofilia B - também conhecida como fator Christmas; atinge 15% das pessoas e caracteriza-se pela deficiência de fator IX de coagulação.



Existem 14 tipos de fatores de coagulação que são proteínas existentes no sangue, que atuam juntas para impedir extravasamento do sangue.



Atividades físicas e esportes sem contato, como a natação, são incentivados, desde que se observe a segurança adequada.



O fluxo sanguíneo cerebral é responsável pelo fornecimento de oxigênio e nutrientes, como a glicose, para que ocorra um perfeito funcionamento cerebral.



Você tem experiência em cuidar de pessoas que tiveram AVC? O que significa esta doença?

As **ações de enfermagem** incluem:

- orientar quanto à não-ingestão de aspirina e administração de injeções intramusculares;
- cuidar durante a higiene dentária para que não haja sangramento;
- administrar analgésicos para aliviar a dor causada pelas hemorragias das articulações;
- prevenir ou minimizar a dor causada por atividade física, incentivando o cliente a movimentar-se lentamente e a evitar trauma nas articulações;
- oferecer talas, bengalas, muletas, pois são dispositivos de ajuda e desviam o peso corporal das articulações afetadas;
- ficar atenta a sinais de choque hipovolêmico, como agitação, ansiedade, confusão, palidez, pele fria e pegajosa, dor torácica, oligúria, taquicardia e hipotensão;
- monitorizar sinais vitais;
- orientar quanto ao risco de hemorragias e as precauções necessárias a serem tomadas;
- esclarecer quanto à necessidade de modificar o ambiente domiciliar para prevenir o traumatismo físico.

Com frequência, os hemofílicos necessitam de ajuda para superação da condição crônica que restringe suas vidas. O hemofílico bem atendido e bem orientado pode e deve ter uma vida normal, passando da condição de eterno dependente, para a condição de cidadão ativo e produtivo.

9- DISFUNÇÕES NEUROLÓGICAS

9.1 Acidente vascular encefálico ou cerebral

As doenças cérebro-vasculares estão entre as primeiras causas de morte em todo o mundo. No Brasil, representam a terceira “causa mortis”, sendo os acidentes vasculares cerebrais (AVC), a principal manifestação. O AVC, além de ser uma doença prevalente, apresenta uma alta taxa de mortalidade, sendo a incapacidade permanente, que às vezes pode ser regenerada, a principal seqüela.

O acidente vascular cerebral ou encefálico, popularmente conhecido como “derrame”, é o resultado da insuficiência do supri-

mento sanguíneo a uma determinada área do cérebro. Ocorre devido a um processo de evolução crônica de endurecimento da parede da artéria, relacionado à arteriosclerose. O episódio agudo do AVC acontece quando há interrupção do fluxo sanguíneo às células cerebrais por trombose, embolia, hemorragia ou espasmo.

A trombose tem relação com a arteriosclerose, a aterosclerose e a hipertensão arterial. A embolia cerebral costuma ser decorrente de doenças cardíacas, arritmias, doenças das válvulas cardíacas, entre outras. A hemorragia cerebral está relacionada à hipertensão, é mais grave, apresentando evolução rápida com alterações da consciência, podendo chegar ao coma e à morte.

O acidente vascular cerebral isquêmico ou transitório caracteriza-se por episódios súbitos da perda de função motora, sensitiva ou visual com recuperação em 24 horas. A maioria tem duração de minutos até uma hora, e a minoria pode durar mais de 4 horas. Entre os principais sinais e sintomas, podemos destacar: parestesia (alteração da sensibilidade), disfasia (dificuldade de fala), vertigens, diplopia (visão dupla), zumbidos e cefaléia.

Os **fatores de risco** para o AVC são semelhantes aos da hipertensão arterial, da angina e do infarto do miocárdio, tendo em vista que a patologia básica é o ateroma. Esses dizem respeito à história familiar e à idade, associados à hipertensão arterial, diabetes, obesidade, tabagismo, colesterol alto e doenças cardíacas como as arritmias.

O AVC é identificado quando o indivíduo apresenta déficit neurológico de início abrupto, caracterizado por disfunções motoras, sensitivas e autônomas, como: disartria, disfagia, diplopia, desequilíbrio, perda do tônus postural e da consciência, cegueira transitória, parestesia, paresia, hemiplegia. Podem ocorrer, ainda, cefaléia occipital grave, tonteira, vômitos, confusão mental e alteração da memória.

As **manifestações** estão diretamente relacionadas com a extensão e a localização do acidente no cérebro.

O **tratamento** é feito mediante a utilização de trombolíticos, que têm a finalidade de realizar a “quebra” dos êmbolos, de agentes antiagregantes e de anticoagulantes, em casos dos AVC provocados por trombose.

A intervenção cirúrgica deverá ser realizada quando houver um comprometimento da estrutura por conta da compressão exercida pelo hematoma, ou devido à impossibilidade de estancar a hemorragia cerebral. As opções cirúrgicas são: a endarterectomia das carótidas; drenagem do hematoma para a descompressão e a clipagem de aneurisma para a hemostasia.



Disartria – É a dificuldade na articulação das palavras.

Paresia – É o enfraquecimento da força muscular.

Hemiplegia – É a perda dos movimentos voluntários em um dos lados do corpo.



Ao pensar nas inúmeras funções do nosso corpo, e que cada uma delas é controlada por uma área do sistema nervoso central, podemos deduzir que as conseqüências transitórias e definitivas do AVC dependem da área lesada e da extensão da lesão.



Antiagregantes são drogas que não permitem a agregação plaquetária, evitando a formação de placas de ateromas e anticoagulantes são as que impedem a formação de coágulos.

Endarterectomia – Consiste na retirada de placas de ateroma.



A angiografia, a tomografia computadorizada, a cintilografia, a punção lombar e o Doppler ultra-sônico de carótidas são exames que têm por finalidade definir o tipo de AVC, a extensão e a localização da lesão e decidir se o tratamento será clínico e ou cirúrgico.



A existência de distúrbios motores de um lado do corpo costuma refletir lesão do lado oposto do cérebro.

Os **exames** realizados para confirmação e classificação do AVC são: a angiografia, a tomografia computadorizada, a cintilografia, a punção lombar e o Doppler ultra-sônico de carótidas.

As **ações de enfermagem** são direcionadas de acordo com as manifestações neurológicas apresentadas pelo cliente, com o grau de comprometimento e com a resposta deste ao tratamento.

De uma forma geral, o indivíduo com AVC precisa dos seguintes **cuidados**:

- suporte emocional - os acompanhantes devem ser orientados a não deixarem este cliente sozinho, e, para tanto, um plano conjunto de assistência deve ser garantido, possibilitando a continuidade dos cuidados a serem prestados no processo de recuperação. Além da companhia, é fundamental repassar confiança, otimismo, dar carinho. É importante que o cliente participe do maior número de decisões possíveis sobre o encaminhamento do seu tratamento;
- prevenção de acidentes decorrentes da incapacidade motora - os objetos de uso pessoal devem ser colocados ao seu alcance, do lado não afetado; a cama deve ser mantida em posição baixa e travada, com as grades de proteção elevadas, e a restrição ao leito, quando indicada, deve ser rigorosamente observada. Cliente e familiares precisam ser alertados quanto ao risco de queda e, conseqüentemente, lesões podem ocorrer;
- realização de exercícios passivos e ativos - a deambulação precoce e auxiliada precisa ser estimulada, sendo também indispensável promover a integração do cliente e seus familiares com a equipe de fisioterapia para compreensão e realização dos exercícios necessários à recuperação de sua autonomia e força motora, o mais rápido possível;
- aplicação de estratégias de comunicação adequadas ao grau de lesão identificado - a pessoa pode apresentar dificuldades de dicção, fala ou compreensão. No entanto, a comunicação poderá ser feita, utilizando-se cartões com figuras que representem ações da vida diária e/ou quadros com letras e números, e, nesse caso, é preciso fornecer a ela lápis e papel para a escrita, quando possível, ser atencioso e dar tempo suficiente para que possa formular as respostas verbais e não-verbais.

A pessoa com AVC pode ainda apresentar os seguintes **problemas**:

- incontinência vesical e fecal: pode acontecer por confusão mental, lapso de memória, fatores emocionais, dificuldade de comunicação e/ou perda do controle dos esfíncteres anal e vesical, podendo ocasionar a retenção de fezes (obstipação/constipação) ou de urina (bexigoma);
- úlceras de pressão: a imobilidade no leito, a desnutrição, higiene inadequada e a incontinência urinária e fecal facilitam o surgimento das úlceras de decúbito e infecção. Para tanto, é necessário que a equipe de enfermagem mantenha higiene adequada; realize mudanças de decúbito no leito; coloque o cliente sentado em poltrona; proteja as suas proeminências ósseas; faça massagem de conforto; mantenha as roupas de cama secas e sem dobraduras; estimule a aceitação da dieta e ingestão hídrica, dentre outros cuidados.

É importante lembrar que a redução da incidência de AVC está relacionada também ao controle dos **fatores de risco**, tais como: hipertensão, diabetes, alcoolismo, tabagismo, hipercolesterolemia e obesidade, através de campanhas esclarecedoras e busca ativa para diagnóstico precoce e controle adequado.

9.2 Doenças Degenerativas

O aumento do número de pessoas idosas no mundo vem sendo cada vez mais discutido entre as organizações internacionais, com vistas a uma política efetiva de atendimento a esta população. No Brasil, o percentual de pessoas com idade acima de 60 anos está crescendo; em 1950 era de 3%, e em 1990 este percentual passou para 7 %⁵.

O processo de envelhecimento provoca degeneração dos tecidos e, conseqüentemente, a perda do número de células e o encolhimento de órgãos como o fígado e o baço, entre outros. Acarreta problemas de saúde e, por que não dizer, também de ordem social. As alterações fisiológicas relacionadas ao processo de envelhecimento constituem as doenças degenerativas que iremos estudar a seguir.

9.2.1 Doença de Parkinson

A doença de Parkinson é um distúrbio neurológico progressivo que afeta os centros cerebrais responsáveis pelo controle e regulação dos movimentos. É uma patologia que se desenvolve após os 50 anos, e é o segundo distúrbio neurológico mais comum no idoso. Tem como característica principal a bradicinesia (lentidão dos movimentos), e ainda se manifesta através de tremores em repouso (movi-

5 Sousa, 1997



Hipóxia cerebral - É a diminuição da oferta de oxigênio no cérebro.

mentos involuntários) e contração ou rigidez muscular. Pode-se observar também uma diminuição do fluxo cerebral, o que acarreta a demência.

Sua causa é desconhecida. Pode ocorrer após encefalites, envenenamento ou intoxicação por manganês e monóxido de carbono; pode ser induzida por drogas, como magnésio, fenotiazina, haloperidol, reserpina, ferro, ou mesmo após hipóxia cerebral prolongada.

A fisiopatologia está baseada na lesão resultante da perda de neurônios e na diminuição de um neurotransmissor chamado dopamina, e está associada à bradicinesia, aos tremores e à rigidez.

A face pode ser afetada e torna-se pouco expressiva, podendo ser comparada a uma máscara, devido a uma limitação da musculatura facial. A fala apresenta um tom monótono e lento, com palavras mal articuladas (disartria) e há excesso de saliva em decorrência da falta de deglutição espontânea. Há perda dos reflexos posturais; a cabeça fica inclinada para frente e a marcha prejudicada. A perda do equilíbrio pode ocasionar quedas frequentes.

O **diagnóstico** precoce pode ser difícil, e só poderá ser confirmado com a evidência de tremores, rigidez e movimentos lentos.

Assim, como no mal de Alzheimer, as complicações decorrentes da imobilidade (pneumonia e infecção do trato urinário) e as consequências das quedas e acidentes são as principais causas de morte.

O **tratamento** da doença de Parkinson baseia-se em facilitar a transmissão da dopamina e inclui drogas anti-histamínicas, que possuem discreto efeito sedativo e podem auxiliar na diminuição dos tremores. Administrar drogas anticolinérgicas, que são eficazes para o controle dos tremores e rigidez, e a Levodopa®, que é o agente mais eficaz para o tratamento do mal de Parkinson.

A **assistência de enfermagem** tem como objetivos:

- orientar a realização de exercícios para aumentar a força muscular, melhorar a coordenação, a destreza e diminuir a rigidez muscular;
- incentivar ingestão hídrica e a dieta à base de fibras para reduzir os problemas de constipação, decorrentes da debilidade da musculatura intestinal e da utilização de algumas drogas no tratamento;
- atentar para o risco de aspiração brônquica, devido à diminuição do reflexo de tosse;
- orientar a pessoa para se alimentar em posição ereta, sendo a dieta de consistência semi-sólida e os líquidos mais espessos. O controle de peso, semanalmente, é importante para avaliar se a alimentação tem sido suficiente.

O estímulo ao autocuidado, certamente, reduzirá sua dependência na realização de atividades diárias, sendo necessário algumas adaptações em casa, tais como: manter espaços livres para deambulação; colocar grades na cama e adaptar um acessório (por ex. um lençol amarrado no pé da cama), permitindo que a pessoa o utilize como apoio para se levantar. Também é fundamental encorajá-la a participar de atividades recreativas e sociais, como medida de combate à depressão.

9.2.2 Síndrome de Alzheimer

Também conhecida como demência senil de Alzheimer, envolve o declínio progressivo em áreas responsáveis pela percepção e conhecimento, significando para a pessoa prejuízo em sua memória, na sua capacidade de julgamento, afeto, deterioração intelectual, desorganização da personalidade e aumento da incapacidade de exercer as atividades diárias.

Esse declínio é causado pela interrupção da transmissão das mensagens, entre as células nervosas, que são passadas por agentes químicos ou neurotransmissores. Acredita-se que nessa doença ocorreria a ausência de um neurotransmissor específico, atrofia do córtex cerebral e modificações nas células nervosas.

A prevalência da doença de Alzheimer é mais alta do que se esperava. Ela ocorre entre 10% a 15% em pessoas com idade acima de 65 anos; em pessoas com mais de 75 anos, a incidência é de 19%, e com idade acima de 85 anos, essa porcentagem é de 47%⁶.

A causa de seu aparecimento é desconhecida, porém vários fatores de risco podem ser considerados, como a idade, relações familiares, fatores genéticos, traumatismo craniano, entre outros. O exame do cérebro pós-morte é a única forma de se chegar a um diagnóstico definitivo

Alguns autores dividem a **evolução clínica** dessa doença em três estágios, a saber:

- primeiro estágio - dura entre 1 a 3 anos e o distúrbio da memória é o primeiro sinal observado; a pessoa tem dificuldade de aprender coisas novas, além de um comprometimento das lembranças passadas; pode apresentar tristeza, desilusão, irritabilidade, indiferença; é capaz de desempenhar bem suas atividades diárias no trabalho e em casa, porém não consegue adaptar-se a mudanças;
- segundo estágio - dura entre 2 a 10 anos, podendo-se observar: distúrbios de linguagem, como a afasia, e acentuado comprometimento da memória em relação a lembranças remotas e recentes; desorientação espacial, indiferença em relação aos outros, inquietação motora com marcha em ritmo compassado. Nesse estágio, a deglutição torna-se prejudicada;



Neurotransmissor – É uma substância liberada por célula nervosa, de nervo ou músculo, que transmite à outra célula um impulso nervoso.



Afasia – É a perda da capacidade de se expressar e/ou de compreender a linguagem falada.

6 Black, 1996

- terceiro estágio - dura de 8 a 12 anos; as funções intelectuais apresentam-se gravemente deterioradas; há perda das habilidades virtuais e mentais, inclusive da fala; o movimento voluntário é mínimo e os membros tornam-se rígidos com a postura fletida; apresenta incontinência urinária e fecal. A pessoa perde toda a habilidade para se autocuidar.

Por se tratar de uma doença que não tem cura, o **tratamento** medicamentoso está relacionado ao controle de sinais e sintomas decorrentes das alterações comportamentais, como a agitação e confusão mental, com a utilização de haloperidol (Haldol®). Seus efeitos colaterais, tais como agitação motora, sintomas parkinsonianos, hipotensão ortostática, retenção urinária e sedação, deverão ser monitorizados.

As **ações de enfermagem** estão diretamente relacionadas ao grau de demência e dependência que o indivíduo apresenta. Deve-se atentar para as alterações do pensamento, criando mecanismos que ativem a memória, mantendo uma conversa simples e agradável e, se possível, proporcionar maneiras de orientá-lo em relação ao tempo com a utilização de calendário e relógios.

É importante cuidar da segurança em relação ao risco de queda, sendo necessário manter as camas baixas e com grades elevadas, as luzes acessas durante a noite e livres as áreas para a deambulação.

Tais informações deverão ser repassadas aos familiares que irão cuidar, em casa, do portador do mal de Alzheimer, pois a hospitalização somente ocorrerá em casos de complicação do quadro clínico. É importante **orientá-los** desde o momento da internação, solicitando, se possível, que participem dos cuidados que estão sendo prestados, intensificando o treinamento no instante em que a alta for programada.

A morte em pessoas com doenças demenciais está relacionada à pneumonia, desnutrição e desidratação.

9.3 Coma: alterações da consciência

Podemos dizer que uma pessoa está consciente quando ela está alerta e é capaz de manter um diálogo coerente e organizado e, caso não seja capaz de falar ou ouvir, quando compreende a linguagem escrita ou falada.

O encéfalo é o órgão responsável por esta situação. Ele é o órgão mais importante do corpo, pois recebe impulsos de outros órgãos que o capacitam a controlar os sinais vitais do indivíduo. O encéfalo controla os batimentos do coração, a fome e a sede. Dos olhos, ouvido, nariz e pele, recebe mensagens que informam ao homem a respeito do mundo que o cerca, fazendo com que ele seja capaz de compre-

ender o seu meio ambiente, manter o estado de consciência que permite a vigilância e percepção de si mesmo, dos outros e posicionar-se no tempo e no espaço.

As **alterações** da consciência ocorrem quando há uma lesão direta no encéfalo, como traumas, tumor, doença de Alzheimer, acidente vascular cerebral, abscessos, ou mesmo podem acontecer em decorrência de doenças sistêmicas, como cetoacidose diabética, hipoglicemia, alcoolismo, intoxicações e deficiência nutricional.

A equipe de saúde, ao cuidar de uma pessoa com alterações de consciência, pode deparar-se com as seguintes situações:

- confusão - a pessoa perde a capacidade de raciocínio rápido, lógico e com clareza. Encontra-se desorientada no tempo e no espaço e, às vezes, torna -se inquieta e agitada;
- letargia - a pessoa apresenta-se apática, sem expressão), a fala e os movimentos só ocorrem quando estimulados, mantém-se sonolenta, perdida no tempo e no espaço, ou seja, “ fora de órbita”;
- torpor - a pessoa permanece dormindo, com dificuldade de responder a estímulos verbais, porém reage aos estímulos dolorosos;
- coma - a pessoa não responde a estímulos verbais ou dolorosos e nem apresenta reação aos reflexos de tosse, vômitos e da córnea.

A avaliação do nível de consciência deve ser feita usando cinco parâmetros: a escala de coma de Glasgow, o padrão respiratório, o tamanho e a atividade pupilar, os movimentos oculares e as respostas reflexas.

9.3.1 O estado de coma

O coma é caracterizado por uma condição em que a pessoa não desperta, seja por estímulos físicos (estímulo doloroso profundo), psicológicos (presença de familiares e entes queridos) ou por alguma necessidade fisiológica como a respiração.

O estado de coma apresenta graus variados de profundidade, quais sejam:

- superficial – nesse estado, o reflexo de deglutição está presente, as respostas motoras encontram-se prejudicadas, o indivíduo não mantém contato verbal, porém reage aos estímulos dolorosos profundos;
- profundo - não há reflexos de sucção e de tosse e nem reação aos estímulos dolorosos profundos. Dependendo do grau de lesão do cérebro, a pessoa pode apresentar postura de **descerebração** (membros superiores estendidos e com rotação interna, membros inferiores estendidos e região plan-



A detecção precoce da alteração do nível de consciência pode influenciar no prognóstico do paciente.



A escala de coma de Glasgow tem a função de avaliar três parâmetros: resposta motora, resposta verbal e abertura ocular, para classificar o nível de consciência da pessoa.



A diferença entre o estado de coma e o sono é que no sono há um despertar após um estímulo, o mesmo não ocorrendo no estado de coma.



O estímulo doloroso profundo consiste na realização de uma pressão sobre o leito ungueal do dedo médio (por ser esse mais sensível), lembrando que essa pressão deverá ser exercida com a utilização de uma caneta ou de um lápis. Ressaltamos que o estímulo em região esternal deve ser evitado, pois pode causar trauma de tecido e, em idosos, trauma de costelas.



Quando se observa alguém com postura de decorticação, a chance de reversão deste quadro de coma é praticamente nula.



Eletroencefalograma - É o registro da atividade elétrica gerada pelo encéfalo que demonstra os potenciais elétricos sob a forma de ondas.

Arteriografia cerebral - Consiste na introdução de contraste em uma artéria para a visualização da circulação intracraniana.

Doppler transcraniano - Utilizado para a visualização da circulação na região das carótidas. A vantagem deste exame é que, por se tratar de um método não-invasivo, ele pode ser feito à beira do leito da pessoa, assim como o eletroencefalograma.

tar fletida - Figura A) ou postura de **decorticação** (membros superiores rígidos e fletidos na direção dos ombros - Figura B);

- irreversível - neste caso observa-se dilatação de pupila bilateral, hipotermia, ausência de respiração espontânea e de qualquer resposta aos estímulos. As funções de outros órgãos já apresentam sinais de falência.

Figura A - Descerebração

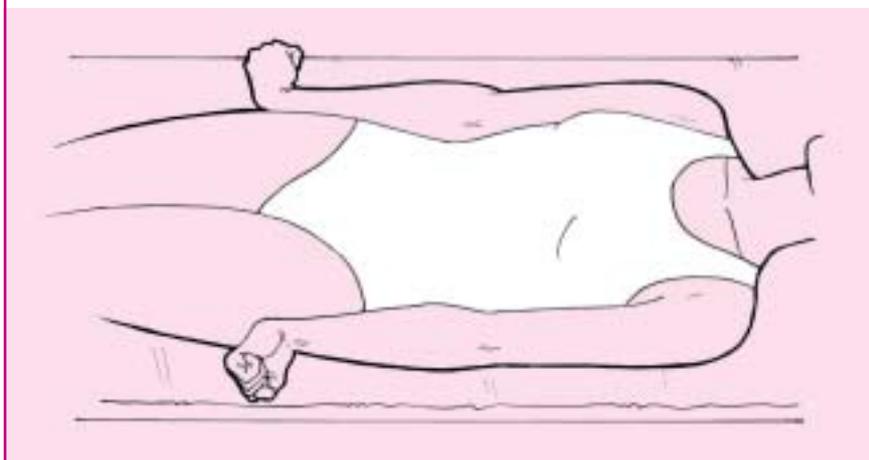
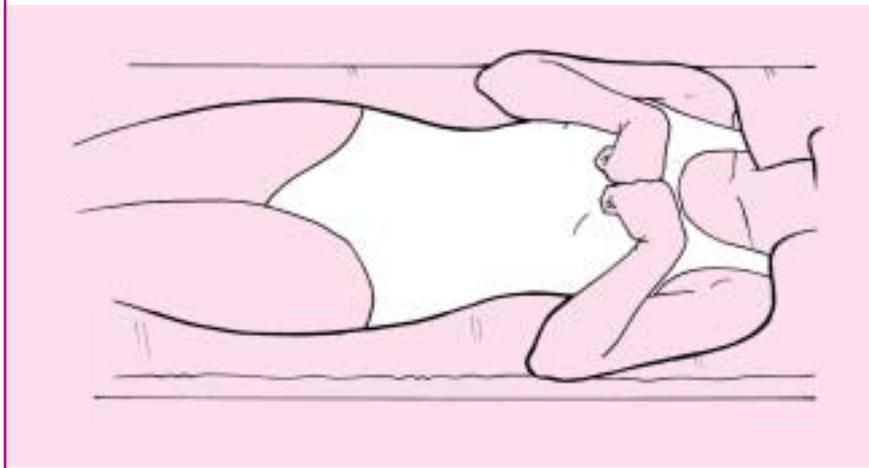


Figura B - Decorticação



O quadro de coma irreversível é atualmente denominado de morte encefálica. O Conselho Federal de Medicina, em sua resolução de número 1480 de 8 de agosto de 1997, colocou à disposição da equipe de saúde um documento básico, onde estão definidos os passos a serem seguidos para o diagnóstico de morte encefálica. Além da utilização deste documento, é necessária a realização de dois exames clínicos, com a finalidade de avaliar as atividades cerebrais com um intervalo de 6 horas, e um exame por método gráfico que poderá ser o eletroencefalograma, a arteriografia cerebral ou o Doppler transcraniano. No caso de morte encefálica, esses exames

demonstrarão a ausência do registro de ondas, significando ausência de atividade elétrica e de circulação cerebral. O médico determinará qual o método a ser utilizado de acordo com a disponibilidade da instituição.

O **diagnóstico** dos tipos de coma é feito por meio de exames invasivos e não-invasivos. Dentre os não-invasivos, temos a tomografia computadorizada e a ressonância magnética, métodos modernos de investigação de sangramentos intracranianos que utilizam o computador para a análise dos dados.

A **equipe de enfermagem** atua no sentido de prestar esclarecimentos aos familiares sobre o exame, salientando que poderá haver administração de agentes contrastantes, que têm como base o iodo, sendo essencial o registro em prontuário de que o paciente seja ou não alérgico a essa substância. Deve-se ressaltar que a existência de material metálico dentro do corpo, como prótese e marcapasso, poderá impossibilitar a realização do exame devido ao campo magnético.

O indivíduo poderá ser submetido a uma punção em região lombar ou cervical, que consiste na introdução de uma agulha no espaço subaracnóideo nessas regiões, para a retirada de líquido e identificação da possível causa do coma. Esse exame é utilizado quando não se consegue visualizar na tomografia computadorizada nenhum sangramento intracraniano que justifique o estado comatoso.

É papel da equipe de enfermagem auxiliar este procedimento, posicionando a pessoa em decúbito lateral, com as pernas fletidas sobre o abdômen e a cabeça em direção às pernas.

A **assistência de enfermagem** tem como objetivo acompanhar, preservar e apoiar o cliente comatoso, já que o mesmo se encontra com as funções alteradas quanto à percepção, segurança, autopreservação e conforto. Deve levar em consideração as alterações do nível de consciência para prestar os cuidados necessários.

Como medidas de conforto, segurança, prevenção de infecções e manutenção de suas funções vitais, destacamos:

- manter a higiene da cavidade oral e corporal;
- conservar o cliente aquecido;
- fazer mudança de sua posição regularmente, prevenindo úlceras de decúbito e estase pulmonar;
- deixar as grades do leito levantadas;
- controlar o nível de ruído no ambiente, evitando conversas desnecessárias e músicas altas em torno do leito, visto que o ouvido é o último órgão dos sentidos a perder sua capacidade;



Alergia à ingestão de peixes de origem marinha ou crustáceos é indicativo de que a pessoa é alérgica ao iodo, portanto, passível de reação alérgica durante a realização do exame.



Como o auxiliar de enfermagem pode participar da assistência ao cliente em estado de coma?



A avaliação do nível de consciência deve ser feita usando cinco parâmetros: a escala de coma de Glasgow, o padrão respiratório, o tamanho e a atividade pupilar, os movimentos oculares e as respostas reflexas.



Neoplasia – É o crescimento celular anormal encontrado em tumores benignos e malignos.

- manter as vias aéreas desobstruídas, aspirando secreções da orofaringe e/ou traqueais;
- fornecer oxigênio na dosagem e via prescritas; monitorar os sinais vitais para observação da oxigenação e circulação adequadas;
- manter uma via venosa permeável para facilitar o acesso de medicamentos rotineiros e de urgência;
- monitorar o fluxo urinário e a eliminação de fezes para identificar precocemente sinais de alterações renais e de retenção de fezes;
- conservar os olhos umedificados e protegidos como prevenção de escara de córnea; umidificar a mucosa oral, evitando fissuras e outras lesões;
- manter sonda nasogástrica desobstruída para evitar vômitos e aspirações de conteúdo gástrico;
- manter suporte nutricional e hidratação adequada, fornecendo alimentos e líquidos através da sonda nasogástrica, para garantir ao organismo melhores condições de recuperação;
- realizar movimentos passivos na prevenção da formação de trombos, contraturas musculares e queda dos pés e mãos;
- manter conversação, explicando procedimentos a serem realizados, estabelecendo uma relação de segurança e confiança, ainda que o cliente não entenda;
- acompanhar e apoiar os familiares por ocasião das visitas.

10- NEOPLASIAS

O câncer é a denominação genérica para as neoplasias malignas. Apresenta algumas características que o diferenciam do tecido normal, tais como distúrbio na maturação, imortalidade e perda de inibição por contato, que levam a um crescimento desordenado e descontrolado. Isto compromete o equilíbrio normal do organismo, com o aparecimento de sintomas e, muitas vezes, leva a pessoa à morte.

O câncer é, atualmente, a segunda causa de morte no mundo ocidental, especialmente nos países desenvolvidos, logo após as doenças cardiovasculares. No Brasil, é a terceira causa de morte entre

os homens e a segunda entre as mulheres, sendo responsável por 10,2% dos óbitos ocorridos em 1990. Isto define a sua importância e caracteriza-o como um problema de saúde pública. A sua prevalência está diretamente relacionada com o aumento da expectativa de vida da população, e sua frequência é maior nas faixas etárias mais avançadas.

As **causas** do câncer ainda não estão claramente definidas, mas existem evidências de que as influências de fatores ambientais sejam as principais. Acredita-se que 80 a 90% dos cânceres tenham alguma influência desses fatores, os quais determinam, direta ou indiretamente, modificações no material genético das células, que resultam no câncer. Além dos fatores ambientais, as alterações genéticas podem ser herdadas e transmitidas de uma geração à outra, aumentando muito as chances de câncer nos descendentes.

Dessa forma, pode-se dizer que todo câncer é originado por modificações nos genes, as quais podem ser herdadas ou adquiridas ao longo da vida.

Existem inúmeros fatores ou agentes carcinogênicos, alguns claramente relacionados ao desenvolvimento do câncer e outros com forte associação. Muitos dos agentes têm comprovação *in vitro* (laboratório) e em animais.

Os **agentes carcinogênicos** podem ser divididos em: químicos, radiação, vírus e outros. Entre os agentes **químicos**, temos os alquilantes, hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, aminas aromáticas, corantes azo, nitrosaminas, amidas, afloxina, asbestos, etc. Nesta categoria, encontram-se o cigarro e outros produtos do tabaco, relacionados com mais de 30% das mortes por câncer. O cigarro é responsável por cerca de 80% dos cânceres de pulmão e laringe, sendo a maior causa de câncer de boca e esôfago e está envolvido no desenvolvimento de câncer de bexiga, rim, pâncreas e colo de útero. Neste grupo também se encontram os carcinógenos alimentares, ligados a tumores do trato digestivo, principalmente estômago e intestino grosso.

Os agentes carcinogênicos por **radiação** são representados pelos raios ultravioleta (UV) e por radiação ionizante (RI). A luz UV está associada ao câncer de pele, que ocorre predominantemente nos indivíduos de pele clara, devido à carência da proteção oferecida pelos melanócitos. Com relação à exposição à RI, há evidências de que predispõe o desenvolvimento de câncer de diferentes tipos, geralmente após um longo período de latência.

Dentre os agentes que mais têm se mostrado importantes no desenvolvimento do câncer, encontram-se os **vírus** que atuam basicamente por interferência do seu genoma ou de seus produtos na célula infectada. Como exemplo, pode-se citar o HPV



(papilomavírus humano) relacionado com os tumores anogenitais, os vírus da hepatite B e C, relacionados com tumores do fígado, o vírus de Epstein-Barr relacionado com determinados tipos de linfomas (Burkitt, linfoma tipo B em imunossuprimidos) e o HIV associado com linfoma não-Hodgkin.

A **metástase** é uma das principais características do câncer. É a capacidade de o tumor emitir células na circulação sanguínea e linfática e para superfícies cavitárias, determinando a formação de um novo foco tumoral independente, à distância. É um indicativo de doença avançada e marca inequivocamente uma neoplasia maligna, sendo uma das principais causas de morte no paciente oncológico. Em geral, quanto mais agressivo e mais extenso o tumor primário, maior é a probabilidade de desenvolvimento de metástase.

Os **sinais e sintomas** indicadores de neoplasia geralmente são: manchas na pele e pintas escuras com crescimento anormal de pêlos, feridas superficiais de difícil cicatrização e manchas esbranquiçadas e avermelhadas que podem indicar um câncer de pele ou de mucosas.

Azia, dispepsia, queimação no estômago, flatulência, constipação ou diarreia crônicas, dor abdominal, alteração no formato das fezes e perda de sangue, tudo isso pode ser sintomas de neoplasia no sistema digestivo.

Corrimento, sangramento e secreção no mamilo, alteração na cor da urina podem ser indicativos de câncer (geniturinário), bem como rouquidão e afonia (vias aéreas), aumento do tamanho de gânglios (linfomas), anemia e astenia (leucemia), entre outros.

Para a maior parte das neoplasias, após o exame clínico, o principal fator de **diagnóstico** é a biópsia, associada ao estudo anatomopatológico do material, que pode ser obtido através de cirurgia, por punção com agulha, guiado ou não por método de imagem (tomografia, ultra-sonografia, endoscopia, etc.).

A anatomia patológica representa um importante método, se não o fundamental, para o diagnóstico definitivo da maioria dos cânceres, na determinação do prognóstico e na conduta terapêutica.

Os métodos diagnósticos por imagem são instrumentos de avaliação dos tumores em geral, visando o foco primário e metástases. Ultrasonografia (USG), tomografia computadorizada (TC), ressonância magnética nuclear (RMN), raios-X (RX) simples ou contrastado e cintilografia são os principais métodos de imagem disponíveis para auxiliar no diagnóstico e estadiamento e definição de ressecabilidade.

Métodos laboratoriais também são utilizados no diagnóstico de neoplasias. Um simples hemograma poderá indicar uma leucemia que deverá ser confirmada por um mielograma (análise, através do microscópio, da medula óssea retirada por punção do esterno ou crista ilíaca).



Estadiamento – É a determinação da extensão ou magnitude da doença.

Ressecabilidade – É a retirada do tumor.

Existem dois níveis de prevenção do câncer: o primário e o secundário. A **prevenção primária** engloba a atuação da equipe de saúde junto aos principais fatores de risco do câncer: tabaco, hábitos alimentares e ocupação, enquanto a **secundária** visa à detecção precoce do câncer.

São **medidas de prevenção** relativas ao tabaco:

- informar a população sobre os riscos do tabaco;
- esclarecer as crianças sobre os efeitos do tabaco na saúde, visando reduzir o número de jovens que adquirem o hábito de fumar;
- criar um ambiente livre de fumaça do cigarro.

Com relação à dieta, deve-se reduzir a ingestão de gordura, incluir frutas, vegetais e fibras na alimentação; manter o peso corpóreo ideal com ingestão calórica moderada e exercícios físicos adequados.

No ambiente do trabalho, devem ser identificados e avaliados os fatores de risco, a fim de que sejam eliminados ou atenuados, determinando-se medidas protetoras individuais nos casos em que a exposição a agentes cancerígenos seja inevitável.

A prevenção secundária pode ser alcançada através da conscientização da população sobre os sintomas da doença e dos benefícios do diagnóstico precoce e do treinamento dos profissionais de saúde, quanto aos sintomas e sinais iniciais do câncer.

O **tratamento** do câncer pode se dar através da radioterapia, da cirurgia ou da quimioterapia, isoladamente ou associadas.

A radioterapia tem seu fundamento na destruição das células, através da radiação ionizante, sendo sua ação limitada ao campo de irradiação. Pode ser externa (teleterapia), onde a fonte emissora encontra-se a distância do indivíduo; braquiterapia, onde a fonte emissora de radiação situa-se próxima ou em contato com a área a ser tratada. Na primeira, existe o envolvimento maior de estruturas normais que estarão sujeitas aos efeitos da irradiação. A segunda tenta diminuir estes efeitos e aumentar a dose no local desejado.

A cirurgia é o método mais antigo de tratamento do câncer, e continua sendo uma das principais modalidades de tratamento para a maioria dos tumores sólidos. Infelizmente, uma grande parcela dos tumores já se apresenta com micrometástases ao diagnóstico, o que impossibilita a cirurgia, sendo responsável pelas recidivas locais, regionais ou à distância. Habitualmente, a cirurgia se estende além dos limites do tumor macroscopicamente identificado, englobando margem de tecido normal, dentro do mesmo órgão e, eventualmente, com ressecção de órgãos circunjacentes aderidos ou próximos.



Recidiva – É o reaparecimento do tumor.



Drogas antineoplásicas - São medicamentos que evitam o desenvolvimento, a maturação ou a disseminação de células neoplásicas.

Para muitos tipos de tumores, a quimioterapia tem assumido papel primordial no tratamento. Apesar dos avanços recentes, da descoberta de novas drogas que agem apenas nas células doentes, melhor controle de seus efeitos colaterais, a quimioterapia continua mantendo seu estigma, devido aos efeitos colaterais que provoca, os quais são freqüentemente intensos e incapacitantes.

Os quimioterápicos agem basicamente nas células em processo de divisão. Assim, sua atuação é maior em tecidos com alto grau de multiplicação, apresentando melhor resposta quando usados em tumores com elevada taxa de divisão. Por outro lado, os tecidos normais com maiores taxas de divisão, tais como a mucosa gastrointestinal e as células hematopoiéticas, formadoras das células sanguíneas da medula óssea, acabam sofrendo maior ação dos quimioterápicos, refletindo nos efeitos colaterais.

O resultado de um tratamento pode depender da associação de dois ou mais quimioterápicos, incluídos nesse grupo a imunoterapia e a hormonioterapia, a fim de atingir a célula em diferentes fases do ciclo celular e combater a resistência às drogas antineoplásicas, tornando o tratamento mais efetivo.

O preparo de quimioterápicos deve ser, preferencialmente, centralizado em área específica e freqüentada pelo pessoal envolvido no manuseio da droga. A manipulação do quimioterápico deve ser realizada em capela de fluxo laminar vertical classe II, com exaustão externa, o que garante proteção pessoal e ambiental. Deve ser usado equipamento de proteção individual (EPI), que inclui avental fechado frontalmente, com mangas compridas e punhos ajustados e luvas de látex, grossas, não-entalcadas, descartáveis e longas (devem cobrir os punhos), devendo ser trocadas a cada meia hora. Caso as luvas sejam finas, utilizar dois pares.

Deve-se limpar diariamente a capela de fluxo laminar com álcool 70 % e forrar a superfície com papel absorvente. Na ausência da capela, as drogas devem ser preparadas em ambiente tranquilo, sem correntes de ar e fechado a pessoas não-envolvidas no trabalho. O operador deverá utilizar óculos e “escudo facial”, além do avental e das luvas. Deve-se lavar as mãos antes de colocar as luvas e após retirá-las.

Os quimioterápicos podem ser administrados por via oral (também devem ser manipulados com luvas); via intramuscular e subcutânea, que tem absorção lenta e menos precisa; por via intratecal, diretamente no líquor cefalorraquidiano, através de uma punção da coluna lombar ou cervical e pela mais comum das vias de administração de quimioterápicos, que é a endovenosa.

A aplicação endovenosa de quimioterápicos é mais segura no que se refere aos níveis da droga no sangue e na absorção da mesma, porém é capaz de provocar inflamação intensa e necrose tissular, quando infiltrados fora do vaso sanguíneo.



“Em push” ou bolus – É a administração, através de seringa, lentamente por não mais de quinze minutos.



Mielodepressão – É quando a medula óssea perde a capacidade de reproduzir células sanguíneas.

Leucopenia – É a diminuição do número de leucócitos.

Trombocitopenia – É a diminuição do número de plaquetas.

Os quimioterápicos podem ser administrados “em push” ou bolus, ou diluídos em solução estéril e aplicados em infusão contínua, através de scalp (butterfly) ou de cateteres de curta ou longa permanência, os quais exigem cuidados especiais.

Existem outras vias de administração dos quimioterápicos, quando se necessita de um acesso direto a um órgão, tais como a via intravesical, intrapleural, intraperitoneal, etc..

Do mesmo modo como as drogas agem nas células cancerosas, elas agem nas sadias, particularmente nas que apresentam rápida divisão celular, tais como as células do tecido hematopoiético (medula óssea), germinativo, do folículo piloso e do aparelho gastrointestinal.

A mielodepressão é o **efeito colateral** mais importante e comum durante a quimioterapia, provocando a leucopenia, a anemia e a trombocitopenia.

A leucopenia leva a uma supressão da imunidade celular e humoral, com aumento dos quadros infecciosos. A queda do número de plaquetas pode provocar sangramentos, enquanto que o paciente anêmico pode apresentar fadiga, falta de ar, taquicardia, tontura e outros sintomas, podendo necessitar de transfusão de glóbulos vermelhos.

Náuseas e vômitos constituem o mais incômodo e estressante efeito colateral dos quimioterápicos, juntamente com a mucosite ou estomatite, que é uma reação inflamatória das mucosas oral e gastrointestinal. Podem aparecer também diarreia, constipação e anorexia, além de alopecia (queda de cabelo), hiperpigmentação da pele, irregularidade no ciclo menstrual e outros transtornos geralmente reversíveis.

10.1 Orientações à pessoa em tratamento quimioterápico

A pessoa com câncer deverá ser orientada, assim como sua família, sobre sua doença e o tratamento a que será submetida. Os principais esclarecimentos devem contemplar os seguintes aspectos:

● quimioterapia

- a sua duração é geralmente longa e não deve ser interrompida, mesmo que esteja se sentindo bem; trazer sempre o exame de sangue (hemograma e plaquetas) na consulta médica; ingerir três litros de líquidos no dia da quimioterapia e nos dois dias seguintes.

● efeitos colaterais

- náuseas e vômitos: evitar alimentos quentes, muito condimentados, frituras e doces; dar preferência a sanduíches, biscoitos

salgados, alimentos frios e ácidos; ingerir líquidos em pequenas quantidades, várias vezes ao dia; evitar movimentos bruscos, pois podem desencadear vômito; respirar profundamente pela boca nos momentos mais intensos da náusea; fazer uma boa higiene oral, após episódio de vômito; descansar e insistir na hidratação e na alimentação;

- mucosite - fazer bochecho com água bicarbonatada várias vezes ao dia, com um copo de água filtrada ou fervida; bochechar e jogar fora;
- febre- evitar aglomerações e contato com pessoas que estejam com doenças infecciosas; comunicar ao médico se a temperatura for maior que 38° C, ou se sentir calafrios e tremores;
- alopecia – cortar o cabelo curto, usar lenço, peruca, boné ou chapéu;
- fraqueza – evitar atividades que exigem muito esforço físico; alternar repouso com atividade;
- sangramento – comunicar ao médico sangramentos na gengiva, nariz, fezes pretas; tomar cuidados especiais se trabalhar em área de risco;
- flebite (dor e escurecimento no trajeto da veia) – fazer compressas quentes com camomila (100ml de água e uma colher de sopa de camomila), três vezes ao dia.

● **cuidados gerais:**

- manter as atividades normais, se as condições permitirem;
- cuidar da higiene pessoal: tomar banho, escovar os dentes após as refeições, não andar descalço, lavar as mãos várias vezes ao dia, principalmente antes das refeições e após ir ao banheiro;
- manter a atividade sexual normalmente, porém a gravidez deve ser evitada; usar sempre preservativo (camisinha);
- evitar ingestão de bebidas alcoólicas;
- não tomar aspirina nem dipirona.

O estado emocional é muito importante durante o tratamento, em sendo assim, faz-se necessário estar atento aos limites físicos e emocionais que podem desencadear sofrimento ao cliente, especialmente porque é comum a ocorrência de “dor total” (dor física, emocional e social). Algumas pessoas preferem manter as atividades que tinham antes de ficar doentes e buscam autonomia nestas atividades rotineiras (estudar, trabalhar, namorar, passear, etc). No entanto, é perceptível certo grau de debilidade física ou emocional que o tratamento acarreta e algumas preferirão modificar sua rotina.

É importante oferecer um ambiente acolhedor por parte dos profissionais e familiares, percebendo e estimulando o envolvimento em atividades nas quais a pessoa se sinta interessada e respeitando os seus limites emocionais e físicos.

Os fatores emocionais ligados à pessoa com câncer referem-se à tristeza, depressão profunda e associação com a proximidade da morte, tendo em vista que, por muito tempo, o câncer significava morte, devido à ausência de tratamento e a ocorrência de dor moderada e intensa. Atualmente, quando detectado precocemente, as chances de cura são grandes e cada pessoa tem que ser avaliada, respeitando-se sua individualidade.

11- SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA- SIDA/AIDS

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA/AIDS) significa o conjunto de doenças ocasionadas pela deficiência do sistema imunológico do indivíduo, relacionada com a infecção crônica pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Esta síndrome foi reconhecida em meados de 1981, nos Estados Unidos da América (EUA), e vem se tornando um dos maiores problemas de saúde pública mundial. A identificação ocorreu em pacientes, predominantemente do sexo masculino e homossexuais. Essa população começou a apresentar manifestações clínicas com alteração do sistema imune, ocasionando o aparecimento de doenças oportunistas, como Sarcoma de Kaposi, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, levando os pesquisadores a suspeitar e, posteriormente, confirmar que se tratava de uma nova doença, ainda não classificada, de causa provavelmente infecciosa e transmissível.

Em 1983, o HIV foi isolado em pacientes com AIDS pelos pesquisadores Luc Montaigner, na França, e Robert Gallo, nos EUA. Ele pertence a um grupo de vírus conhecidos como retrovírus, não-oncogênicos, parasitas intracelulares obrigatórios que necessitam, para multiplicar-se, de uma enzima denominada transcriptase reversa, responsável pela transcrição do RNA viral para uma cópia DNA que pode, então, integrar-se às células do hospedeiro.

No Brasil, a AIDS foi identificada pela primeira vez em 1982, quando sete pessoas de prática homo/bissexual apresentaram as mes-



AIDS e HIV – São siglas em inglês que significam “Acquired Immunodeficiency Syndrome” e “Human Immunodeficiency Virus”, respectivamente.

Enzima - É uma proteína que aumenta a velocidade da reação química.



Homossexual, bissexual e heterossexual - São indivíduos que sentem atração sexual por indivíduos do mesmo sexo; por ambos os sexos e por sexo diferente, respectivamente.



Por que será que ocorreu o aumento do número de casos de contaminação pelo HIV entre os heterossexuais?



Em 1984 havia uma mulher infectada para 23 homens. Já em 2000 essa relação passou de uma mulher para cada 2 homens infectados.



Por que as DST ulcerativas e não-ulcerativas podem aumentar o risco de contágio pelo HIV?

mas manifestações clínicas citadas anteriormente. Um caso foi reconhecido, retrospectivamente, no Estado de São Paulo, como ocorrência de 1980. Considerando o período de incubação do HIV, podemos deduzir que a introdução do vírus no país ocorreu na década de 70 e se espalhou primeiramente nas grandes cidades da Região Sudeste.

A epidemia pelo HIV/AIDS no Brasil vem apresentando, nos últimos anos, importantes mudanças no seu perfil epidemiológico. Constatase que grande parte das notificações, até o ano de 1984, estavam vinculadas aos homossexuais e bissexuais masculinos. Progressivamente, a participação deste grupo social vem reduzindo, como podemos verificar nos dados de 99/2000, onde apenas 19,6% do total das notificações foram referentes aos homossexuais e bissexuais. Essa redução pode estar associada às campanhas de esclarecimento e educação e à maior conscientização deste grupo social quanto à responsabilidade da prevenção. Atualmente, observa-se um aumento de casos entre a população jovem, heterossexual, feminina, população de baixo nível de escolaridade e nas cidades do interior.

Embora o vírus tenha sido isolado em vários fluidos corporais (meios), como saliva, urina, lágrimas, somente o contato com sangue, sêmen, secreções genitais e leite materno infectados têm sido aceitos como **fontes de infecção**.

As principais formas de **transmissão** do HIV são:

- Por via **sexual** - ocorre quando a penetração anal, vaginal e oral é feita sem o uso de preservativos. Os fatores que aumentam o risco de transmissão do HIV são: frequência de exposição; presença de DST (ulcerativas ou não-ulcerativas); quantidade de vírus existentes no parceiro-fonte (carga viral) e sistema de defesa celular do contato.
- Por via **sangüínea** - quando associada ao uso de drogas injetáveis, é uma forma eficaz de transmissão do HIV, devido ao compartilhamento de seringas e agulhas.

A transmissão por transfusão de sangue e seus derivados é cada vez menor nos países que utilizam métodos de controle do sangue. O Brasil vem apresentando essa característica: em 1990 possuía 1,6% de indivíduos infectados por essa via, e após adoção de medidas de controle em bancos de sangue (testagem obrigatória da amostra de sangue dos doadores), não foi registrada nenhuma transmissão pelo HIV, através de transfusões de sangue no período 1999/2000.

- **Vertical** - consiste na exposição da criança ao HIV durante a gestação, parto ou aleitamento materno, transmissão que vem tendo seus índices elevados em decorrência do aumento do número de casos na população feminina. A transmis-

são intra-uterina é possível em qualquer fase da gravidez, porém apresenta uma menor frequência no primeiro trimestre gestacional.

A utilização de anti-retrovirais constitui uma medida preventiva importante para a redução do risco de transmissão do HIV da mãe para o filho. Podem ser utilizados esquemas simples com Zidovudina (AZT®), a partir da 14ª semana de gestação, e esquemas combinados de duas ou três drogas, a partir do 3º trimestre da gestação. O esquema a ser utilizado pela gestante soropositivo vai depender do estágio da doença, conforme rotina estabelecida pelo Ministério da Saúde. Esses esquemas podem reduzir em até 70% o risco de transmissão vertical durante a gravidez e no momento do parto. Logo após o nascimento, os recém-nascidos deverão receber o AZT Solução® por seis semanas, como forma complementar de profilaxia da transmissão vertical.

A gestante identificada como portadora de HIV, durante a realização de exame de pré-natal, deverá ser orientada a adotar práticas seguras durante as relações sexuais (uso de preservativos), além de ser informada quanto à impossibilidade de amamentar o bebê. A transmissão do HIV pelo leite materno é evitada com o uso de leite artificial ou de leite humano, processado em bancos de leite.

- **Ocupacional** - ocorre por: acidentes com material perfurocortante infectado pelo HIV, contato com fluidos infectantes (sangue, líquido amniótico, etc.).

Estima-se que o risco de infecção pelo HIV com materiais perfurocortantes é de aproximadamente 0,3%. A quimioprofilaxia reduz esse risco em até 80%, sendo que a diminuição do risco real está na dependência da adoção das precauções universais (luvas, óculos de proteção, máscaras, aventais, etc.).

A exposição ocupacional ao HIV deve ser tratada como um caso de emergência, uma vez que a quimioprofilaxia deverá ser iniciada em um período de no máximo duas horas após o acidente.

Após exposição ao material biológico, cuidados locais com a área exposta devem ser imediatamente iniciados. Recomenda-se a lavagem exaustiva com água e sabão em caso de exposição percutânea. O uso de solução anti-séptica e degermante pode também ser recomendado. Após exposição em mucosas, recomenda-se a lavagem exaustiva com água ou solução fisiológica. Estão contraindicadas soluções irritantes, pois podem aumentar a área exposta.

Quando indicada, a duração da quimioprofilaxia é de 4 semanas. O profissional exposto deve receber aconselhamento para a realização do teste ELISA Anti-HIV, na primeira semana após o acidente, a fim de afastar história prévia de soropositividade ao HIV. Caso negativo, repetir com 3 e 6 meses após o acidente.



Quimioprofilaxia – É a terapêutica utilizada para prevenção de aquisição e desenvolvimento da doença, mediante uso de agente quimioterápico.



ELISA (Enzyme Linked Imuno Sobernt Asxy) – É um método de custo relativamente baixo e de fácil realização, amplamente utilizado como teste inicial para detecção de anticorpos específicos contra o HIV.



Vale lembrar que no caso de acidentes profissionais, deve-se pensar também na profilaxia para hepatite B.



Não foi evidenciado o contágio pelo abraço, beijo na face, segurar na mão, picadas de insetos, aerossóis e instalações sanitárias.



Considerando as formas de transmissão do HIV, há a necessidade de isolar ou restringir o indivíduo infectado do seu ambiente de trabalho, escolar, lazer ou de casa?



Viremia – É a presença do vírus no sangue.

O HIV é bastante instável no meio externo, sendo inativado por uma variedade de agentes físicos (calor) e químicos (hipoclorito de sódio ou glutaraldeído). Em condições de laboratório, as partículas virais intracelulares parecem sobreviver no meio externo por até, no máximo, um dia, enquanto que partículas virais livres podem sobreviver por 15 dias, à temperatura ambiente, ou até 11 dias, a 37°C.

As principais estratégias de **prevenção** empregadas pelos programas de **controle** são:

- promover e estimular o uso de preservativos masculinos e femininos, por serem as únicas barreiras contra a infecção pelo vírus durante as relações sexuais;
- incentivar o uso de agulhas e seringas esterilizadas ou descartáveis entre os usuários de drogas injetáveis;
- controlar o sangue e derivados;
- adotar os cuidados necessários na exposição ocupacional a material biológico e no manejo adequado das outras DST.

A infecção pelo HIV pode ser dividida em três **fases clínicas**: infecção aguda; fase assintomática e fase sintomática da doença.

Na **infecção aguda** ou **primária**, geralmente o tempo entre a exposição ao HIV e o início dos sinais e sintomas é de 2 a 8 semanas (extremos de 2 dias a 10 meses), e isto pode ocorrer entre 50 a 90% das vezes. Os sintomas podem aparecer durante o pico da viremia e da atividade imunológica, sendo os mais comuns: febre, adenopatia (aumento de gânglios), faringite, exantema maculopapular eritematoso. Algumas vezes, encontram-se mialgias (dor muscular) e artralgias, que podem assemelhar-se desde a um quadro viral simples, como gripe, até a um quadro de hepatoesplenomegalia.

A ocorrência da síndrome de infecção retroviral aguda e/ou sua persistência por mais de 14 dias são clinicamente importantes, pois podem estar relacionadas com a evolução mais rápida para a AIDS. É importante lembrar que essas manifestações não ocorrem em todas as pessoas que contraem o HIV. Estudos mostram que 20% a 70 % de pessoas com infecção pelo HIV desenvolvem doenças agudas.

Após a fase aguda, a pessoa passa por um período onde não apresenta nenhuma manifestação clínica, denominado de **fase assintomática** ou de **latência clínica**, podendo durar meses ou anos. Em média, sua duração é de 10 anos. Nesta fase, já podemos identificar os anticorpos do vírus HIV na corrente sanguínea, através de exames laboratoriais - o mais utilizado é o exame conhecido como ELISA. O teste não faz o diagnóstico de AIDS, mas indica se o indivíduo foi exposto ou se está infectado pelo HIV.



Resultado falso-negativo – É o resultado do exame que não confirma a presença de anticorpos, apesar de o paciente estar infectado.

Já o teste de Western-Blot é utilizado com a finalidade de confirmação do resultado do teste ELISA. Os testes não poderão ser realizados antes da fase assintomática, pois poderão apresentar um resultado falso-negativo. O período em que o indivíduo infectado não produz anticorpos, em quantidade que os exames consigam detectar, é chamado de janela imunológica, podendo variar de 6 a 12 semanas, após a aquisição do vírus HIV.

A soropositividade não diagnostica a AIDS, os resultados dos testes precisam ser interpretados com cautela pela equipe de saúde.

A pessoa que tem anticorpos contra o HIV é chamada de soropositivo.

A **fase sintomática** ou da **doença propriamente dita** caracteriza-se pela diminuição da resistência imunológica do indivíduo. Os **sinais e sintomas** iniciais podem ser: sudorese noturna, queixa bastante comum que pode ou não ocorrer acompanhada de febre, o que pode indicar a presença de uma infecção oportunista, como a tuberculose. A fadiga se manifesta com mais intensidade no final de tarde e após atividade física excessiva. O emagrecimento é um dos sinais mais evidentes e está geralmente associado a manifestações gastrointestinais que incluem a perda do apetite, náuseas, vômito e diarreia crônica.

11.1 Doenças oportunistas

Infecção ou **doença oportunista** é o grupo de doenças que se manifestam principalmente quando há uma depressão do sistema imunológico. As doenças oportunistas podem ser causadas por vírus, bactérias, protozoários, fungos e certas neoplasias. Serão descritas as mais frequentes.

11.1.1 Diarreia

A diarreia pode ocorrer em 50% a 90% das pessoas com AIDS. Os sintomas gastrointestinais podem estar relacionados com o efeito do HIV nas células que revestem o tecido intestinal, como também por causa de infecções oportunistas. Os agentes mais frequentemente encontrados em indivíduos soropositivos, isolados pela realização de coprocultura ou biópsia intestinal, são *Cryptosporidium muris*, *Salmonella sp*, *Clostridium difficile*.

A normalização da função intestinal pode ser auxiliada com a adoção das seguintes ações: avaliar os hábitos intestinais dos clientes; observar **sinais e sintomas** de diarreia com uma frequência maior que quatro episódios em 24 horas e dor abdominal. A equipe multiprofissional deve iniciar **medidas** com a finalidade de reduzir a hiperatividade do intestino, tais como:

- manter restrições alimentares;
- salientar que a nicotina é também um estimulante intestinal, caso o cliente seja tabagista;
- evitar alimentos irritantes ao intestino, tais como: ricos em gordura, frituras, vegetais e frutas cruas, cebola, bebidas gasosas, alimentos condimentados e em temperatura elevada; essas medidas auxiliam também evitar a distensão abdominal;
- estimular a realização de pequenas refeições com maior frequência.

Poderá haver a necessidade da administração de antiespasmódicos e opiáceos para a redução dos espasmos e da motilidade intestinal. Lembrar que os clientes com distúrbios gastrointestinais podem apresentar sinais de desidratação, tais como: turgor da pele alterado, mucosas ressecadas, diminuição do volume urinário e sede excessiva. O controle hídrico deverá ser rigoroso, devendo manter uma ingestão hídrica em torno de 2.500ml, caso não haja contra-indicação.

11.1.2 Candidíase

A candidíase pode se manifestar de forma leve ou agressiva, podendo invadir, além da cavidade oral, a faringe, o esôfago e a vagina. Caracteriza-se por placas indolores, esbranquiçadas e facilmente removíveis na língua, na gengiva e na mucosa da orofaringe. Os sintomas apresentados incluem dor em queimação, alteração do paladar e dificuldade para engolir líquidos e sólidos, no entanto, a maioria das pessoas não apresenta sintomas. A gengivite, outra manifestação da cavidade oral, na sua evolução progressiva, leva a um processo de dor, sangramento e perda de dentes.

O tratamento se faz com a utilização do Micostatin® (nistatina) ou Nizoral® (cetoconazol). Antes da aplicação tópica da nistatina, deve-se realizar a higienização da cavidade oral com água bicarbonatada. Sabe-se que o acometimento da cavidade oral pode causar uma diminuição na ingestão alimentar, por isso é preciso estabelecer uma dieta adequada.

11.1.3 Pneumocistose

A *Pneumocystis carinii* é um agente infeccioso oportunista, mundialmente distribuído, cujo habitat natural é o pulmão, sendo uma importante causa de pneumonia em hospedeiros imunodeprimidos. O **quadro clínico** decorrente desta infecção se manifesta com febre, calafrios, tosse com presença ou não de secreção, dispnéia ao reali-

zar esforço físico, fadiga e, às vezes, dores torácicas. Sua confirmação pode demorar semanas ou meses, pois as manifestações clínicas podem ser inespecíficas.

O **tratamento** recomendado está baseado no uso da antibioticoterapia com Bactrin® (sulfametoxazol+trimetoprim). Ocasionalmente, tem evolução para insuficiência ou falência pulmonar significativa, podendo necessitar de entubação orotraqueal e suporte ventilatório. A infecção por *Pneumocystis carinii* pode ser diagnosticada pela identificação do protozoário em parênquima pulmonar, por intermédio da realização de biópsia pulmonar ou cultura de secreção brônquica.

Os principais cuidados são:

- manter as vias aéreas desobstruídas;
- avaliar sinais e sintomas em relação à função respiratória e perfusão capilar (taquipnéia, utilização da musculatura acessória durante os movimentos respiratórios, batimento de asa de nariz);
- observar a quantidade e a coloração da secreção durante as expectorações, na ocorrência de tosse produtiva;
- observar a presença de agitação psicomotora, confusão mental e sonolência;
- manter posicionamento adequado;
- estimular a ingestão hídrica ;
- realizar aspiração traqueal, caso o cliente não consiga expectorar.

11.1.4 Toxoplasmose

A toxoplasmose, infecção causada pela reativação do protozoário *Toxoplasma gondii*, em clientes soropositivos para o HIV, acomete o sistema nervoso central. Os principais sintomas são: febre, alteração do estado mental ou sinal neurológico focal (dormência em algum membro). O diagnóstico é feito por tomografia computadorizada de crânio ou ressonância magnética. A sulfadiazina+pirimetamina é o tratamento preferencial da toxoplasmose. Mesmo após o tratamento, para evitar o retorno da doença, é importante continuar o uso da medicação.

11.1.5 Sarcoma de Kaposi

O Sarcoma de Kaposi é causado por um vírus (herpesvírus Tipo 8), caracterizado por lesões que vão desde manchas violáceas

até tumores localizados na pele, mucosas e órgãos internos. Essas lesões podem ser planas ou elevadas e circundadas por equimose e edema. A localização e o tamanho das lesões podem provocar uma estase venosa e solução de continuidade (ferida, lesão), podendo aumentar o desconforto e a possibilidade de infecção. Quando existe o comprometimento de órgãos internos, pode ocorrer hemorragias, infecções e a morte.

A confirmação do **diagnóstico** para o Sarcoma de Kaposi se dá por intermédio da realização de biópsia da lesão. O **tratamento** se baseia no controle dos sintomas. Raramente, as opções disponíveis oferecem a cura completa. Atualmente, trata-se o portador com drogas anti-retrovirais potentes.

Outras doenças, como linfomas não-Hodgkin, herpes simples, herpes-zoster e tuberculose, também podem se manifestar.

Algumas formas graves de doenças tropicais têm sido observadas no nosso país, como a leishmaniose e Doença de Chagas, nos pacientes com AIDS.

11.2 Medicamentos Anti-retrovirais

Associado ao **tratamento** das doenças oportunistas, a terapêutica da AIDS está baseada em drogas denominadas anti-retrovirais que atuam diretamente na capacidade de multiplicação do vírus. São drogas que inibem a replicação do HIV, bloqueando a ação da enzima transcriptase reversa, que age convertendo o RNA viral em DNA. A produção de um novo vírus é inibida pela alteração dos componentes estruturais da cadeia do DNA.

Os **efeitos colaterais** dos anti-retrovirais são bastante significativos, fato que não tinha sido constatado no início de sua utilização, tornando-se um fator limitante no decorrer do tratamento. Os principais efeitos colaterais são: cefaléia, vômito, náuseas, diarreia e dor abdominal.

Os anti-retrovirais devem ser administrados respeitando-se, rigorosamente, a dose e os intervalos de tempo de acordo com a prescrição. É preciso atentar-se também para a importância da hidratação e alimentação equilibrada, a fim de minimizar os efeitos gastrointestinais dessas medicações.

No que se refere às interações medicamentosas, é importante que o cliente e seus familiares sejam **orientados** sobre os riscos do uso de outros medicamentos associados, prescritos ou não, principalmente quando se tem conhecimento de que a automedicação é muito freqüente no Brasil.

Ao contrário do que se pensava no início da epidemia, a maioria das pessoas com AIDS, atualmente, pode ter uma vida ativa



Para obter maiores informações sobre este tema, visite o site: www.aids.gov.br.

por períodos prolongados. Na realidade, uma pessoa com AIDS não tem necessidade de hospitalização na maior parte do tempo, freqüentemente se recupera da maioria das doenças com mais rapidez e comodidade em casa, com o apoio de seus amigos e pessoas queridas.

Vale salientar que o diagnóstico precoce é fundamental para o início imediato do tratamento de infecções oportunistas. Portanto, o cliente e seus familiares (quando for possível) devem estar atentos para os sinais e sintomas mais comuns, tais como: febre, calafrios, tosse, falta de ar, dor na cavidade oral, dificuldade de deglutição, aparecimento de lacas brancas em cavidade oral, alteração de freqüência e consistência das eliminações fisiológicas e edema ou secreção em feridas.

INTERPRETAÇÃO DOS TESTES DE DETECÇÃO DE ANTICORPOS

- **Resultado Positivo** do teste significa que:
Existem anticorpos contra o HIV no sangue, mas não significa que você tem AIDS.
- **Resultado Negativo** do teste significa que:
Não existem anticorpos contra o HIV no seu sangue nesse momento, isso ocorre por duas razões – você não foi infectado pelo HIV ou você foi infectado e ainda não produziu os anticorpos (você está em janela imunológica).
- **ATENÇÃO:** Tanto o positivo quanto o negativo precisam usar preservativo em todas as relações sexuais. O positivo para evitar uma reinfecção, e o negativo para evitar a infecção pelo HIV.



12- CUIDANDO DA PESSOA EM ESTADO TERMINAL

“Estou morrendo. (...) Mas ninguém gosta de conversar sobre estas coisas. (...) As pessoas, nestas circunstâncias, são abandonadas num solitário e silencioso vazio. (...) O moribundo ainda não é visto como uma pessoa. Assim torna-se impossível a comunicação. Ele é o símbolo do que teme todo o ser humano, do que todos teremos de enfrentar um dia, como sabemos, pelo menos academicamente. (...) Mas, para mim, o medo é hoje, e a morte agora. Vocês entram e saem de meu quarto, dão-me remédios, checam minha pressão. Será por que sou uma estudante de enfermagem ou simplesmente um ser humano que percebo seu medo? E o medo de vocês aumenta o meu. Por que vocês estão apavorados? Eu sou a única que estou morrendo... Sei que vocês se sentem inseguras, não sabem o que dizer ou fazer. (...) Não fujam...Esperem... Tudo o que eu gostaria é ter certeza de que haverá alguém para segurar a minha mão quando eu precisar. Eu estou com medo. A morte pode ser rotina para vocês, mas é novidade para mim. (...) Eu nunca morri antes. (...) Se ao menos pudéssemos ser honestos, aceitar nossos temores. Tocarnos. Se vocês realmente se importassem, perderiam muito de seu profissionalismo se chorassem comigo? Como pessoa? Então, talvez não fosse tão difícil morrer...num hospital...com amigos por perto”⁷.



O que você pensa ao ler um texto como este? Você já se questionou sobre suas atividades e atitudes diante dessa situação?



Quando uma pessoa não mais oferece resposta às alternativas de tratamento e cura de uma determinada patologia, ela é considerada em estado ou fase terminal ou fora de possibilidades terapêuticas.

As pessoas não estão preparadas para aceitar a morte como uma etapa do processo da vida. Embora se saiba que ela é inevitável, acontece a todas as pessoas, é a única certeza que se tem neste mundo, a morte é vista como um fato despersonalizado e desagradável, experiência que ninguém quer se aproximar.

Ao refletirmos sobre os cuidados de enfermagem que devemos desenvolver com uma pessoa em estado terminal, é necessário que repensemos alguns conceitos a respeito de morte.

O conceito de morte vem passando por transformações no decorrer dos últimos anos. Na década de 60, estava baseado na parada espontânea e irreversível da respiração e dos batimentos cardíacos, dando a idéia de que a circulação de fluidos pelo corpo era o que o mantinha vivo. Na década de 70, esse conceito se desfez, se modificou, e o que vigora até os dias de hoje é que só existe a morte no momento em que não mais houver atividade cerebral, independente se o coração continua batendo.

7 Pessini, 1990.

Do ponto de vista orgânico, a morte apresenta alguns sinais e sintomas, tais como: alteração da coloração da pele que se torna cianótica; presença de incontinência urinária e fecal; aumento da temperatura, porém a pele fica fria; diminuição da atividade gastrointestinal, da pressão arterial e respiração irregular.

Mas existem também as inquietações psicológicas, que a proximidade da morte desperta, como as estudadas por Kübler-Ross (1998), que são: negação/isolamento, raiva, barganha, depressão e aceitação. Trata-se de reações emocionais expressas pela pessoa, familiares e até pela equipe de saúde, quando do diagnóstico de uma doença terminal. São freqüentemente detectadas, porém, não necessariamente na ordem especificada abaixo, pois estão correlacionadas ao tipo de pessoa, ao tipo e tempo de adoecimento.

- **Negação/Isolamento:** reação apresentada quando a pessoa toma conhecimento da gravidade de sua doença, passa a reagir e se expressa com perplexidade: “Não, eu não, não pode ser verdade”. Acredita que isso só possa acontecer aos outros, e nunca a si mesma. Passa a desconfiar de que ocorreu troca de exames, questiona a capacidade da equipe de saúde. Geralmente, é uma defesa temporária, que é logo trocada por uma aceitação parcial. Os parentes mais próximos e a equipe de saúde também passam pelo mesmo sentimento. Com o passar do tempo, essa negação pode ir diminuindo e a pessoa passa a vivenciar um outro estágio - o da raiva.
- **Raiva:** fase que a pessoa apresenta momentos de revolta, inveja e ressentimento, dirigindo sua hostilidade para a equipe de saúde, alimentos e familiares. Ela sofre, pois sabe que vai morrer, e os outros permanecerão vivos. Sua raiva nada mais quer dizer a não ser: “Por que eu?” Deve-se, nesse momento, enquanto equipe de saúde, não entender como ofensa pessoal sua raiva e agressões, pois se trata de desabafo, uma expressão de angústia.
- **Barganha:** esse é o estágio que se tem menor conhecimento, onde doente realiza acordos por um pouco mais de tempo. E essa barganha pode ser realizada ou com a equipe de saúde, com os familiares e ou mesmo com Deus, como, por exemplo: “Deus, se eu viver até o ano que vai entrar, irei me dedicar à realização de obras de caridade”.
- **Depressão:** nesta fase, a pessoa entra em um período de silêncio interno. As interações durante as ações de enfermagem são duras e árduas, pois o contato com a pessoa se torna difícil, devido às barreiras por ela impostas. Uma atenção aos familiares deve ser dada, pois esses também podem apresentar estado de depressão com sinais, por vezes, graves. Nestas situações, a equipe multiprofissional deverá demonstrar compreensão e ter



Freqüentemente a equipe de saúde apresenta a sensação de desapontamento, por que não dizer de "fraqueza", quando uma pessoa morre, pois não somos educados para aceitar a perda. As escolas nos ensinam a curar e preparar o corpo (que também é importante!), mas, dificilmente, abrem espaços para se discutir emoções e conflitos profissionais.



Algumas questões surgem durante a assistência aos clientes terminais, que merecem reflexão. Deve-se colocar cobertores naqueles com hipertermia, para que não sintam frio? Deve-se sedar os que apresentam agitação psicomotora e também depressão respiratória?

muita paciência. Se existir a possibilidade, solicitar acompanhamento de um psicólogo.

- **Aceitação:** quase sempre o último estágio, em que a pessoa adota uma postura, pelo menos, de resignação e passa, em tese, a aceitar sua situação, reduzindo os sentimentos de raiva e depressão. Passa a expressar os seus mais variados sentimentos, como, por exemplo, saudosismo, lembranças de um tempo que começa a ser passado, sensação de tempo perdido - poderia ter feito mais coisas, agido de outra maneira -, inveja dos vivos e sadios, etc.

Normalmente, os profissionais da área de saúde, que estão constantemente em contato com essa situação, criam mecanismos de defesa para que possam trabalhar com um grau de ansiedade menor.

Proporcionar conforto é o objetivo primário da equipe de enfermagem à pessoa agonizante. Porém, não basta apenas garantir a medicação necessária para controle e alívio da dor, para que o cliente não fique implorando por remédios para se sentir melhor.

Os familiares e as pessoas mais próximas, para que não se sintam totalmente inúteis e impotentes, deverão ser envolvidos nos cuidados, tais como: aplicação de pomadas, mudança de decúbito, (realizando movimentos suaves), banho, higiene oral, quase sempre esquecida, uma vez que a pessoa está sem se alimentar, mas o odor torna-se desagradável, entre outros.

É fundamental que a equipe de enfermagem proporcione, à pessoa, seus familiares e entes mais queridos, um ambiente tranquilo, se possível agradável, criando uma atmosfera de confiança e calor humano. A equipe deve ter em mente que em momentos como esse, as regras de visitação e permanência junto ao cliente podem ser quebradas. O importante é dar apoio, prestar solidariedade, garantir conforto e privacidade.

A equipe de enfermagem é a primeira a lidar e sentir a morte do cliente, já que este se torna dependente de seus cuidados. Durante o ritual de preparo do corpo, as cortinas em torno dele devem ser cerradas ou os biombos colocados ao redor do leito, evitando mal-estar aos demais clientes do lado, quando for o caso, que muitas vezes percebem o ocorrido por intermédio da linguagem não-verbal que a equipe utiliza.

O trabalhar constantemente com clientes em estado terminal gera uma carga emocional muito grande. A equipe de enfermagem necessita compartilhar seus sentimentos e reações com outras pessoas para amenizar a ansiedade, a angústia e a impotência diante da morte. A presença de um psicólogo pode ajudá-la a lidar com essa situação e administrar seus conflitos.

13- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABE, T. P. F. Doença cérebro-vascular. In: *Manual de terapia intensiva neurológica*. São Paulo: Centro de Terapia Intensiva Einstein, 2000. p. 113-129. (Apostila)
- ALMEIDA FILHO, Naomar. *Epidemiologia sem números: uma introdução à ciência epidemiológica*. Rio de Janeiro: Campus, 1989. p. 9-17. Cap. 2.
- ALMEIDA, Henriqueta Galvanin Guidio de. *Diabetes mellitus: uma abordagem simplificada para profissionais de saúde*. São Paulo: Ateneu. 1997.
- ARONE, E.M., et al. *Enfermagem médico-cirúrgica aplicada ao sistema nervoso*. São Paulo: Senac. 1994.
- AYOUB, A. C. et al. *Bases da enfermagem em quimioterapia*. São Paulo: Lemar. 2000.
- BARALDI, S. *Sobre o significado da morte e do morrer: identificando similaridades e diferenças no Brasil (São Paulo) e Cuba (Havana)*. São Paulo, 1999, 119p. Dissertação (Mestrado) – programa de Pós- Graduação em Integração da América Latina, Universidade de São Paulo. 1999.
- BEYERS, M. & DUDAS, S. *Enfermagem médico-cirúrgica. Tratado de prática clínica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1989.
- BLACK, J. M. & JACOBS, E. M. *Enfermagem médico-cirúrgica uma abordagem psicofisiológica*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1996. v. 1.
- BONASSA, E. M. A. *Enfermagem em quimioterapia*. Rio de Janeiro: Ateneu. 1992.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Aids: etiologia, clínica, diagnóstico e tratamento*. Brasília, 2001 [on-line]. Disponível na Internet: < www.saude.org.br > (06/01/2001).
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Assistência e Promoção à Saúde. Coordenação de Doenças Crônicas-Degenerativas. *Manual de diabetes*. 2. ed. Brasília. 1993.
- _____. *Boletim Epidemiológico – AIDS*, Ano XIII, n. 2, jul./set./2000. 23ª a 36ª Semanas Epidemiológicas. Tiragem: 22.000.
- _____. *Cuidando de alguém com AIDS*. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde. 1999. Disponível na Internet: < www.saude.org.br > (06/01/2001).
- _____. *Manual de condutas - Exposição ocupacional à material biológico: hepatite e HIV*. Brasília: Ministério da Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. 1999.
- BRUNNER, L. S. & SUDDARTH, D. S. *Tratado de enfermagem médico-cirúrgica*. 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1993. v. 4.
- CASTILHO, E. & CHEQUER, P. *A epidemia da AIDS no Brasil*. Brasília [on-line] Disponível na Internet: < www.saude.org.br > (06/01/2001).

- CINTRA, E. A. et al. *Assistência de enfermagem ao paciente crítico*. São Paulo: Ateneu. 2000.
- COOPER, Kenneth H. *É melhor acreditar: a importância da fé para a saúde e a boa forma*. Rio de Janeiro: Record. 1998.
- DINIZ, L. M.; DINIZ, M. I. C.; TEIXEIRA, J. S.; CASTRO, L. M. C. *Diabetes Mellitus – Tratamento*. [s.n.t.]. p. 880 a 894.
- FERRAZ, A. C. Acidente vascular cerebral isquêmico. In: *Manual de Terapia Intensiva Neurológica*. São Paulo: Centro de Terapia Intensiva Einstein. 2000. p. 132-145. (Apostila)
- FONSECA, Francisco A. H. *Manual de tratamento das dislipidemias*. São Paulo: EPM. 2001.
- FUNDAÇÃO PRÓ SANGUE. *Manual do paciente – Quimioterapia*. São Paulo. [s.d.]. (mimeo.)
- GWYTHHER, L. P. *Cuidados com os portadores da doença de Alzheimer*. Rio de Janeiro: Sindicato Nacional dos Editores de Livros, 1985. 115p. (Manual para cuidadores e casas especializadas)
- GUYTON & HALL. *Tratado de fisiologia médica*. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1997.
- HOBBINS, S. L. *Patologia estrutural e funcional*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1991.
- HOOD, G. H. et al. *Fundamentos e prática da enfermagem*. 8. ed. Porto Alegre: Artes Médicas. 1995.
- HOBBINS, S. L. *Patologia estrutural e funcional*. 4. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1991.
- JACOBI, Pedro. Saúde e meio ambiente em uma realidade tão desigual. *Revista Meio Ambiente e Saúde*, Ano III, n. 8, nov./dez./jan./fev. 1997/98.
- KNOBEL, E. *Condutas no paciente grave* 2. ed. São Paulo: Ateneu. 1999.
- KÜBLER-ROSS, E. *AIDS o desafio final*. São Paulo: Best Seller. 1998.
- LESSA, Inês. *O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não transmissíveis*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 1998.
- RENER LOPES. *Hospitalização*. 1. ed. Rio de Janeiro. MacGraw-Hill, 1998. p. 88 a 144.
- LOURDES, M., et al. *O auxiliar de enfermagem no ambiente social, estudos regionais e saúde pública*. 2. ed. Florianópolis: [s.n.]. 1997. (Série Auxiliar de Enfermagem)
- MALTESE, H. et al. *Grande Dicionário de Medicina*. São Paulo: Tempo. [s.d.].
- MENDES-GONÇALVES, Ricardo B. Reflexão sobre a articulação entre a investigação epidemiológica e a prática médica a propósito das doenças crônico-degenerativas. In: COSTA, D. (Org.) *Epidemiologia: teoria e objeto*. São Paulo/Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO. 1990.

- ODIERNA, M.T.A.S. Morte encefálica. In: *Manual de Terapia Intensiva Neurológica para Enfermeiros*. São Paulo: Centro de Terapia Intensiva Einstein. 2000. p. 218-233. (Apostila)
- OLIVEIRA, José Egídio Paulo de. Diabetes Mellitus: um problema de saúde pública. *Revista Ars Cvrandi*, Rio de Janeiro, v. 32, set./1999.
- OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; OLIVEIRA, Marcus Miranda dos Santos; SOARES, Débora Vieira. Diabetes Mellitus: classificação e diagnóstico. *Revista Ars Cvrandi*, Rio de Janeiro, v. 32, set./1999.
- OLIVEIRA, José Egídio Paulo de; WAJCBERG, Estela; AGUIAR, Renata da Silva Belfort de. Tratamento do Diabetes Mellitus: medidas não-medicamentosas. *Revista Ars Cvrandi*, Rio de Janeiro, v. 32, set./1999.
- PARKER, R. *Políticas, instituições e AIDS*. Rio de Janeiro: Zahar / ABIA. 1997.
- PESSINI, L. *Morrer com dignidade*. 1. ed. São Paulo: Santuário. 1990.
- PHILIPPI, M. L.S. et al. *Enfermagem em doenças transmissíveis*. São Paulo: SENAC. 1994.
- POTTER, P. A. & PERRY, A. G. *Enfermagem prática. Clínica e prática hospitalar*. São Paulo: Tempo. 1996.
- RAY, A. H. H. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998. (Série de Estudos em Enfermagem)
- REIBNITZ, K. S & PRADO, M. L. *Contextualizando o auxiliar de enfermagem na assistência ao adulto e ao idoso*. 2. ed. Florianópolis: [s.n.]. 1997. (Série Auxiliar de Enfermagem)
- RIBEIRO, M. C. et al. A percepção da equipe de enfermagem em situação de morte: ritual do preparo do corpo “pós-morte”. *Revista Escola de Enfermagem da USP*, v. 3, n. 2, p.117-23, ago/1998.
- RIPPE, J. M. *Manual de tratamento intensivo*. 2. ed. Rio de Janeiro: MEDSi. 1990.
- ROCHA, M. C.; PEDROSO, E. R. P.; FONSECA, J .G. M. & SILVA, D. S. *Terapêutica clínica*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1998.
- SCHULL, P. D. *Enfermagem básica: teoria e prática*. São Paulo: Rideel Ltda.,1996.
- SMELTZER, S. C. & BARE, B. In: BRUNNER & SUDDARTH. *Enfermagem médico-cirúrgica*. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 1999. v. 3.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO.– III Consenso Brasileiro de Hipertensão. 1998.
- SOUSA, M. L. et al. *O auxiliar de enfermagem no ambiente social*. Estudos regionais e saúde pública. 2. ed. Florianópolis: [s.n.], 1997. (Série Auxiliar de Enfermagem).
- SPRINZ, Eduardo; FINKELSZTEJN, Alessandro et al. *Rotinas em HIV e AIDS*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul. 1999.

SUSSER, Mervyn & SUSSER, Ezra. Um futuro para a epidemiologia. In: ALMEIDA-FILHO, Naomar et al. (Orgs.). *Teoria epidemiológica hoje: fundamentos, interfaces, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz/ABRASCO. 1998. p. 187-212.

TAYLOR, C. et al. *Fundamentals of nursing the art e science of nursing care*. 3. ed. New York: Lippincott. 1997.

VAIDOTAS, M. Exame neurológico do paciente em coma. In: *Manual de Terapia Intensiva Neurológica para Enfermeiros*. São Paulo: Centro de Terapia Intensiva Einstein. 2000. p. 3-20. (Apostila)

WAJCHENBERG, B. L. *Tratado de endocrinologia clínica*. São Paulo: Roca. 1992.

Sites Consultados

<http://www.gastrocentro.unicamp.br>

<http://www.gastronews.org.br>

<http://www.digitus.com.br>

<http://www.ficarjovemlevatempo.com.br>

<http://www.universidadevirtual.br>

<http://www.netyet.com.br/drmarco/gripe.htm>

<http://www.bioquimica.com.br/biosaudegripe.htm>

<http://www.msdonline.com.br/msd43/paciente/asma.pais04.htm>

<http://www.asmaBrasil.com.br>

<http://www.elogica.com.br/users/vanildo/p01.html>

<http://www.geocities.com/micatcho/eap.htm>

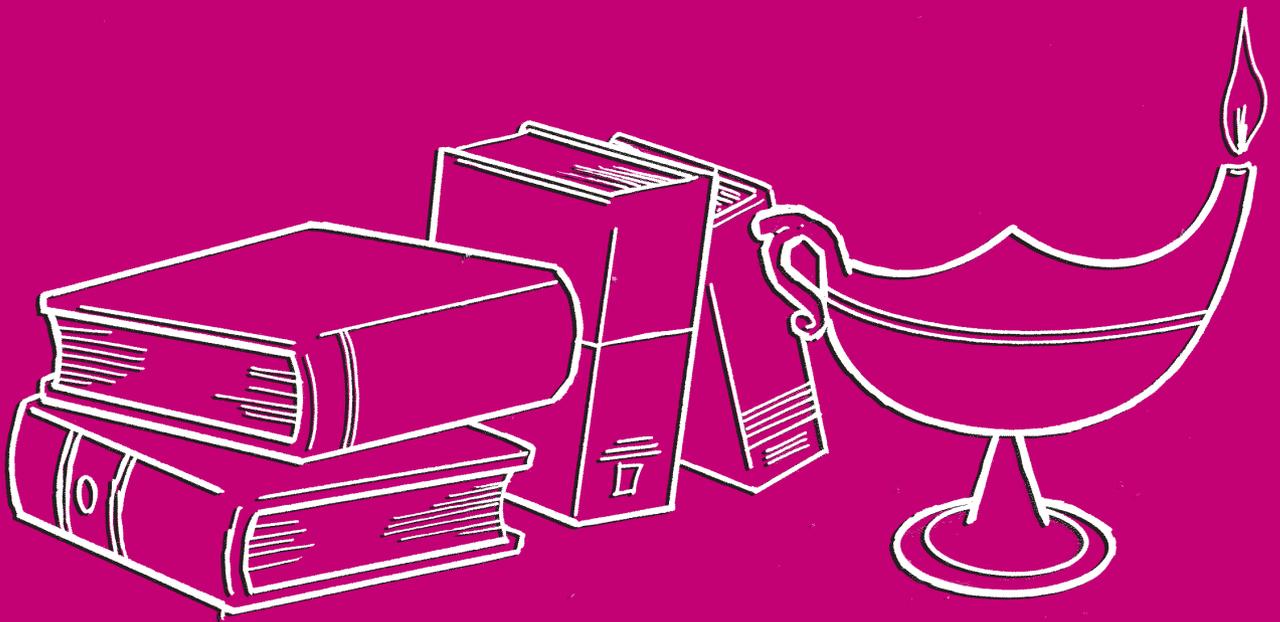
<http://www.acamp.com.br/sipat/hipertensao>

<http://www.hipertensao.hpg.com.br/saude>

<http://sites.uol.com.br/chesp/oque.htm>

<http://sites.uol.com.br/chesp/glossario.htm>

Ética
Profissional



ÍNDICE

1	Ética	107
	1.1 <i>Apresentação</i>	107
	1.2 <i>Mora, na filosofia</i>	107
	1.3 <i>E o que são valores?</i>	108
	1.4 <i>O que é ética?</i>	108
	1.5 <i>De um jeito mais digno</i>	111
	1.6 <i>Somos responsáveis por nossas escolhas</i>	112
	1.7 <i>Uma pitada de emoção na reflexão</i>	113
	1.8 <i>Falando de preconceitos</i>	115
	1.9 <i>As coisas que a gente não fala</i>	116
	1.10 <i>As coisas que a gente fala</i>	119
	1.11 <i>Minha casa, meu castelo...</i>	120
	1.12 <i>E o trabalho de equipe?</i>	121
	1.13 <i>Pra ficar na moda</i>	122
2	Um Pouco Sobre a História da Enfermagem	124
	2.1 <i>Navegar é preciso</i>	124
	2.2 <i>A história da Enfermagem no Brasil</i>	127
	2.3 <i>A formação do Auxiliar de Enfermagem</i>	128
	2.4 <i>Histórico da Legislação básica de Enfermagem</i>	129
3	Notas sobre a Atual Legislação do Exercício Profissional de Enfermagem	132
4	O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem	134
5	Conclusão	135
6	Referências Bibliográficas	136
7	Anexos	139

1- ÉTICA

1.1 Apresentação

A ética está na ordem do dia. Ou se preferirmos, na moda.

Queremos com este texto falar de ética, tendo como cenário o dia-a-dia do trabalho em saúde. Não importa se ele se realiza nos postos de saúde, nos ambulatórios, nos hospitais, ou na casa das pessoas.

Queremos falar de ética incluindo mais e mais pessoas para ampliar o debate e, sobretudo, pensar nossa responsabilidade de profissionais de saúde, diante de nós e dos outros, no cotidiano de nossas vidas.

Porque falar de ética é falar de cidadania.

Esperamos aqui estimular a reflexão crítica sobre nossa prática profissional, sugerindo algumas “pistas”, porque acreditamos que essa reflexão possa melhorar a relação com a clientela.

Estamos certos de que, assim como o debate em torno da saúde, o debate sobre ética não é somente “coisa de especialista”.

Então, convidamos você a participar desse debate. A ficar na moda.



1.2 Mora, na filosofia

Não importa que você nunca tenha participado de um debate sobre ética e que nunca tenha parado para entender o significado dessa palavra.

Todos os dias de nossas vidas, nossas relações pessoais e profissionais, nossas atitudes são moldadas por idéias e conceitos que “moram” dentro de nós.

Mas como essas idéias e conceitos chegaram até nós?

Antes do nascimento de Jesus Cristo, há muitos anos, importantes pensadores - os filósofos - ocuparam suas vidas, preocupados em perguntar e em responder sobre o que é o bem e o que é ser bom.

Por que isso é tão importante?

As sociedades ocidentais, como a francesa, a espanhola, a italiana, a portuguesa, a inglesa e a americana, desenvolveram modos de



Sócrates, Platão e Aristóteles foram alguns dentre os importantes filósofos gregos que queriam dar respostas sobre a melhor forma de o homem viver e morrer. Passaram a vida tentando responder o que é a felicidade e qual a melhor maneira de alcançá-la.



A Grécia é um país situado na Europa.

viver e de agir parecidos, porque são sociedades herdeiras do pensamento desses filósofos que viveram na Grécia. Do mesmo modo, quando os países europeus do mundo ocidental conquistaram e colonizaram outros países, também repassaram essa herança a suas colônias.

E qual nossa relação com tudo isso?

Nós, brasileiros, fomos colonizados pelos portugueses que também sofreram influência dos pensadores gregos. Portanto, nós, brasileiros, somos também herdeiros do pensamento desses homens.

Ou seja, vivemos em uma sociedade que admite como certo um código de valores que é reconhecido e legitimado por outras sociedades que, como a nossa, foram influenciadas pelos filósofos gregos.

1.3 E o que são valores?

Para cada um de nós, existe o que se acredita ser permitido, assim como existe o que se acredita não ser permitido.

O fazer e o não fazer determinadas coisas dependem de uma “permissão” que vem de dentro de nós. Depende da “permissão” que nós nos damos ou não. Ou seja, nossas ações estão relacionadas com algo que nos foi transmitido desde muito cedo, quando ainda éramos bebês, pela família e pela sociedade em que vivemos.

Essa permissão (ou não) é resultado de valores morais que “moram” dentro de nós e que “aprovam” ou “reprovam” nossas ações e nossas condutas. Assim, permitimo-nos (ou não) agir de uma determinada maneira.



1.4 O que é ética?

Pode-se dizer que, no cotidiano, a ética aparece por meio de nossas ações e atitudes, as quais são classificadas como “boas” ou “ruins” pela sociedade. Isto é, nossas atitudes são aprovadas ou reprovadas socialmente, uma vez que são reconhecidas como adequadas ou não aos valores morais que norteiam nossa sociedade. É preciso observar, no entanto, que há valores morais próprios de outras sociedades e que, muitas vezes, esses valores são diferentes dos nossos.

A intolerância de um povo em relação aos valores de outros povos, freqüentemente, acaba em luta, briga, ou guerra.

Se olharmos à nossa volta e se conversarmos com familiares, com pessoas de gerações passadas e de diferentes classes sociais, vamos perceber que os valores e as regras do bem agir variam de lugar para lugar e se modificam ao longo do tempo.



Existem situações de intolerância, bem perto de nós. No Brasil, um bom exemplo foi o extermínio de sociedades indígenas inteiras, desde a época em que os portugueses aqui chegaram, no ano de 1500 porque os índios tinham religiões, hábitos e formas de se alimentar diferentes.

Um exemplo bastante conhecido de mudanças de valores através do tempo diz respeito às relações conjugais. Há 30 ou 40 anos, viver “como casada”, sem estar casada, era motivo de discriminação social para as mulheres brasileiras. Hoje, relacionamentos assim são tão comuns e freqüentes, que dificilmente causam espanto.

Os hábitos e os valores morais, nesse caso, modificaram-se tanto, que exigiram uma reforma da leis. Hoje os direitos da companheira são os mesmos da mulher casada oficialmente.

É interessante observar que as leis são pensadas, escritas e entram em vigor sempre depois que uma determinada situação já se estabeleceu socialmente. Os valores morais se modificam no tempo, e o que poderia ser visto como uma atitude inadequada – o mal agir – ontem, pode ser hoje interpretado como perfeitamente aceitável e de acordo com o bem agir.

Há situações em que fica fácil reconhecermos a falta de ética. Algumas são tão evidentes que existe uma unanimidade em condená-las socialmente.

A história de nosso país tem, infelizmente, muitos exemplos evidentes de condenação unânime: juízes corruptos; utilização de cargos públicos para favorecimento próprio ou de parentes e amigos; erros médicos; troca de votos por benefícios diretos ou indiretos (dentaduras, óculos, ligadura de trompas, bica-d’água para a comunidade, etc).

A nossa conduta ética também está relacionada às proibições e às permissões dos grupos corporativos aos quais pertencemos enquanto categoria profissional. Nesse caso estamos falando da ética das profissões, que podemos definir como sendo um conjunto de regras que regem a conduta do trabalho profissional. A ética de um grupo corporativo busca também a humanização do trabalho organizado e se coloca a serviço da promoção social humana. Não está, portanto, relacionada apenas a um conjunto de normas.

Os conselhos de classe, por exemplo, agrupam as pessoas de uma mesma profissão e definem os limites de atuação profissional e as normas éticas para o exercício da profissão. É o caso dos Conselhos de Enfermagem, Medicina, Engenharia, Serviço Social, Nutrição, dentre outros.

É claro que existem temas muito polêmicos, que acabam por misturar, no calor da discussão, valores morais, com valores religiosos e culturais, sem que se estabeleça com clareza uma distinção entre eles. Para exemplificar, basta lembrar de debates realizados em torno do aborto.

Existem situações que se repetem tanto em nossa vida profissional, que viram “lugar comum”. Tornam-se situações “normais” e vão estar relacionadas com os conceitos ou (pré)conceitos que “moram” em nós e na sociedade em que vivemos. Por exemplo: é comum consi-



Unanimidade - É a concordância de todos sobre um determinado assunto. É quando ninguém discorda.

Grupo corporativo - É o conjunto de pessoas que se associam, isto é, agrupam-se em torno das mesmas regras, direitos, obrigações e privilégios. Enfermeiras e auxiliares de enfermagem fazem parte de uma corporação, médicos também.

Profissão - É um trabalho organizado por indivíduos em função da comunidade social. Uma vez que o homem vive em sociedade, e é movido pelo conceito da dependência dos indivíduos, a profissão é uma verdadeira necessidade social.



“O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem leva em consideração, prioritariamente, a necessidade e o direito de Assistência de Enfermagem à população, os interesses do profissional e de sua organização. Está centrado na clientela e pressupõe que os Agentes de Trabalho da Enfermagem estejam aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e acessível a toda a população”. Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Página 7. 1993.

derar que as mães das crianças atendidas por profissionais de saúde, ou as pessoas que acompanham os pacientes “só servem para atrapalhar”, porque “perguntam demais”, ou “são nervosas demais”. Às vezes, nem se consegue perceber que essas pessoas podem ser grandes aliadas na recuperação dos doentes e nas ações de saúde que estão sendo realizadas ou propostas.

Acontecem também situações, em que parece ser melhor propor uma determinada conduta para o paciente, mesmo sabendo que não é a mais indicada, porque profissionalmente julgamos ser a mais “fácil” para a compreensão daquela pessoa.

Para exemplificar um comportamento que parte de um “pré-conceito” sobre os pacientes, basta verificar que, entre os profissionais de saúde, é comum e muito difundido o hábito de não sugerir outros métodos contraceptivos para as mulheres, que não seja a pílula ou a ligadura de trompas, supondo que “elas não vão entender” (como é o caso do método da tabela e outros métodos naturais), ou ainda, “elas não têm bons hábitos de higiene” (para o uso do diafragma, por exemplo). Preconceitos como esses, somados à idéia de que “pobre não deve ter muitos filhos”, colocam o Brasil como “campeão” em ligaduras de trompas, e o que é pior, em cesarianas indicadas por razões discutíveis.

Outro padrão de comportamento bem familiar a todos nós, é a forma de tratamento empregada no trato dos pacientes. Numa tentativa de conseguir uma relação próxima e carinhosa, muitas vezes, são usados termos de parentesco ou diminutivos no lugar do nome próprio. É freqüente chamar os idosos de vovó ou de vovô, assim como, na pediatria, surgem as “mãezinhas”. Embora similar, situação bastante agressiva consiste no emprego de expressões depreciativas como “pé inchado”, “pé sujo”, usadas nos serviços públicos de saúde como referência a pessoas das classes mais baixas.

É preciso atenção. Pré-conceitos podem interferir em nossa prática profissional ou orientá-la, muitas vezes magoando e fazendo sofrer aqueles que esperam de nós o alívio para suas dores, ou as respostas para suas necessidades e expectativas.

Às vezes também confundimos, na discussão sobre ética, questões relacionadas com as leis, com o direito.

Podemos pensar nas leis que protegem determinados grupos na sociedade, como as crianças. Existe uma legislação que pune com a prisão os homens que não pagam a pensão alimentícia de seus filhos, estipulada depois de uma separação. Essa lei existe porque em nossa sociedade há um acordo moral, isto é, ético, para garantir às crianças, filhos de pais que se separaram, a possibilidade de pelo menos comer, quando o homem (que é geralmente quem contribui com o maior montante para o sustento da família) sai de casa. Então, acaba sendo natural fazer uma certa confusão entre



Preconceito: conceito antecipado, isto é, uma opinião formada sobre algo ou alguém, sem um fundamento aceitável.

Depreciativa - que deprecia, que faz pouco caso, que despreza.



O preconceito nunca fornece explicações razoáveis. Temos muitos exemplos de preconceitos ao redor de nós: preconceito de cor (“é um negro de alma branca”); preconceito de classe (“fulano é pobre, mas muito limpinho”); preconceito quanto a sexo (“mulher só abre a boca pra dizer bobagem”).

ética e direito, visto que ao longo da história, a ética colaborou muito para o desenvolvimento do direito.

Assim, quando ouvimos falar, lemos ou discutimos sobre direitos humanos, estamos unindo duas noções que andam muito próximas: a noção de ética e a noção do direito. Estamos colocando em prática, através de acordos - de leis - mundialmente estabelecidos, as ações que a sociedade admite ou não admite como aceitáveis para uma vida digna dos seres humanos que vivem no planeta. Alguns desses acordos, universalmente aceitos, condenam qualquer tipo de discriminação de indivíduos, de grupos, ou de países, por motivos religiosos ou raciais. Outros também condenam as discriminações pelo sexo, isto é, pelo fato de alguém ser mulher ou homem e também, aquelas questões que dizem respeito à escolha sexual de cada um, como a opção pelo homossexualismo.

“A discriminação entre seres humanos com base em raça, cor ou origem étnica é uma ofensa à dignidade humana e será condenada como uma negação dos princípios da Carta das Nações Unidas, como uma violação dos direitos fundamentais proclamados na Declaração Universal dos Direitos Humanos, como um obstáculo para relações amigáveis e pacíficas entre as nações, e como um fato capaz de perturbar a paz e a segurança entre os povos”. Declaração sobre a Eliminação de Todas as Formas de Discriminação Racial, da Organização das Nações Unidas – ONU, 1963.

Como se vê, não devemos pensar na ética apenas em função de regulamentações e de leis. É preciso pensá-la a partir da reflexão moral, reconhecendo sua função crítica e seu vínculo com as emoções.

Refletir sobre a ética é contribuir para aumentar a reflexão sobre a ação humana, tornando-nos mais sensíveis e mais sensatos, porque ela nos aproxima da realidade e nos torna mais conscientes das ações que praticamos em qualquer espaço da nossa vida.

1.5 De um jeito mais digno

Queremos aqui conversar sobre nosso trabalho de profissionais de saúde, porque temos um compromisso com a defesa da vida. Da vida de outras pessoas, mas obrigatoriamente, de nossas próprias vidas. Queremos estimular a possibilidade de cada um de nós poder pensar sobre o seu fazer, e para isso, partir do princípio de que tudo aquilo que fazemos exige responsabilidade ética.

E a responsabilidade ética ultrapassa a capacidade e a competência técnica (que também são importantíssimas) do fazer em saúde.

Queremos ir além e acreditar que é possível recuperar o significado de palavras como respeito e solidariedade, que dão dignidade às nossas ações.



Organização das Nações Unidas (ONU) - É um organismo que se formou com o fim da 2ª Guerra Mundial, em agosto de 1945, com o objetivo de promover a cooperação política e econômica entre as nações do mundo. É atribuição da ONU administrar conflitos entre países (como guerras, por exemplo) e firmar compromissos, como é o caso da Declaração Universal dos Direitos Humanos.



A capacidade e a competência técnica são as habilidades ou os talentos que temos, ou que desenvolvemos, ou que nos são ensinados, para a realização de atividades – nesse caso, das atividades da profissão de auxiliar de enfermagem. Assim, é importante saber realizar e realizar bem a verificação da pressão arterial, ou aplicar uma injeção, ou qualquer procedimento próprio da profissão.

Assim, estamos convidando você para discutir sua prática profissional, a partir de uma visão de mundo que valorize a vida, as palavras e as relações humanas. De um jeito mais digno. Esse nos parece um bom começo.

1.6 Somos responsáveis por nossas escolhas



Vamos refletir sobre nossas ações, no contexto de nossa atividade profissional, ou seja, trabalhadores em saúde.

Quando escolhemos trabalhar na área da saúde, escolhemos nos aproximar de outros seres humanos, em todos os sentidos, de um jeito que não acontece em nenhuma outra atividade profissional. A natureza de nosso trabalho nos obriga a uma proximidade que, dependendo de como é feita, pode ser muito positiva para a conquista da confiança da clientela.

Mesmo que não estejamos pensando nisso a cada instante, nosso trabalho está o todo o tempo submetido às tensões causadas entre o que o usuário espera, e o que os serviços de saúde são capazes de oferecer.

E hoje é preciso concordar: os usuários diversas vezes demonstram não estar contentes com esses serviços.

E nós? Estamos satisfeitos com o que oferecemos?

É verdade que, muitas vezes, trabalhamos em instituições onde faltam equipamentos e materiais considerados básicos para o desenvolvimento de nossas atividades. Por vezes, somos obrigados a realizar nosso trabalho de uma maneira diferente da que desejaríamos.

Freqüentemente somos excluídos das decisões, ou nem mesmo sabemos que podemos participar das definições sobre nosso trabalho. São comuns nas instituições normas e regras rígidas, que de tão impositivas bloqueiam qualquer iniciativa mais criativa do profissional.

Podem ser esses os fatores que nos oprimem, determinando em nós um afastamento, isto é, uma certa insensibilidade em relação às nossas ações o que, é claro reflete no nosso trato com o cliente.

Podemos também, sem intenção, estar provocando nos usuários uma reação de afastamento, e até de rejeição a nós e aos serviços.

Como podemos, então, encontrar o melhor caminho para que, cumprindo com nossas responsabilidades, tenhamos a certeza de que nossas ações eram o que de melhor poderia ser feito?

Estamos fazendo a nossa parte? Estamos dando o melhor que podemos?

1.7 Uma pitada de emoção na reflexão

Todas as ações de saúde devem, obrigatoriamente, ser ações inquestionáveis do ponto de vista ético. Tanto os procedimentos que são dirigidos diretamente ao corpo dos pacientes, por exemplo, ministrar um medicamento, realizar um exame complementar ou uma intervenção cirúrgica, quanto às atividades de educação em saúde, as visitas domiciliares ou mesmo o repasse de informações.

Chamamos a atenção para o fato de que o trabalho em saúde se realiza por meio do ouvir, do olhar e do tocar.

Na equipe de saúde, a especificidade do trabalho faz com que os profissionais de enfermagem fiquem, com mais frequência, mais próximos das dores e feridas dos seres humanos que buscam alívio por meio de nossos serviços.

Se entendermos que faz parte de nosso papel acolher, ficará fácil entender que a acolhida se realiza ou não, através da maneira como escutamos, olhamos e tocamos.

Se são especiais nosso olhar e nossa escuta, certamente o nosso toque será mais confortador, ficando possível ir além nos sentimentos e nas emoções daqueles que atendemos. Estaremos tocando mais que o corpo. A ação realizada por meio de uma assistência mais dialogada com o cliente pode trazer-lhe outras mensagens. Pode levá-lo a refletir sobre as mudanças necessárias para sua cura ou restabelecimento.

Vamos pensar nas pessoas que chegam até nós. São indivíduos que podem estar doentes nos hospitais, ambulatórios ou em casa. Podem, ainda, estar em fase de recuperação ou reabilitação. Por vezes, são doentes terminais querendo conforto. Podem desejar a prevenção de doenças, ou estar buscando informações sobre saúde.

A forma como nos relacionamos com essas pessoas, certamente influencia no resultado da ação de saúde. Os que nos procuram têm coisas importantes a nos dizer sobre eles mesmos e sobre aquilo que estão sentindo e buscando.

Quando não há a possibilidade de falarem conosco, como é o caso de doentes em coma, de crianças, ou de certos casos de deficiência física e/ou mental, devemos considerar as informações dadas por quem os acompanha e estarmos atentos para as possibilidades da comunicação não verbal. Muitas vezes, mesmo que o doente não esteja tentando se comunicar, o seu corpo, através da posição que assume, pode estar sinalizando uma série de informações valiosas. Seu rosto pode estar demonstrando dor, tristeza, desconforto, alívio e espera que nós valorizemos aquilo que diz e que, assim, realizemos nosso trabalho de maneira mais adequada.



Especificidade – São características próprias (do trabalho de enfermagem, por exemplo).



Você ouviu falar, ou já presenciou situações, em que a relação de poder dos profissionais nas instituições se manifestou por meio de atitudes autoritárias, desrespeitosas, ou agressivas para com a clientela?



Nosso trabalho se realiza essencialmente acolhendo. Acolhemos os doentes, acolhemos os familiares, acolhemos os bebês quando eles nascem. Acolhemos as pessoas que perdem seus entes queridos.



Reciprocidade - Diz respeito a algo que é mútuo na relação estabelecida entre as pessoas.

Onipotente - É o indivíduo que se sente com poderes ilimitados, um "Todo-Poderoso".



Tente refletir um pouco sobre situações em que você ou seus colegas tiveram um comportamento onipotente. Pense em como essa atitude nos desgasta, já que passamos a exigir de nós "poderes" de que não dispomos. Permitted, com essa atitude, que a população exija de nós soluções que não podemos dar.



Atávico - algo que é transmitido de uma geração para a outra.



Você não considera que poder, arrogância, autoritarismo são ingredientes da violência? Em artigo publicado num jornal carioca, Luis Fernando Verissimo escreveu: "Vivemos entre exemplos diários de desprezo pelo pobre e de autodesprezo do pobre. Temos uma história de desprezo, uma cultura do desprezo, um desprezo atávico institucional. Nosso sistema de saúde e penitenciário são formas organizadas de desprezo público."

Nós, profissionais, temos coisas importantes a dizer e a fazer, e é fundamental que as pessoas entendam aquilo que dizemos e fazemos, para que possam cumprir com sua parte da melhor forma.

Então, se há acordo sobre esse raciocínio, chegamos à conclusão de que uma boa relação dos profissionais de saúde com a clientela requer a existência de uma troca de saberes. Isso quer dizer que eu, profissional de saúde, entendo que o outro, cliente, tem um saber para me ensinar que desconheço. Da mesma forma, que eu, profissional de saúde, tenho um saber para ensinar que o outro desconhece. A troca é recíproca.

Então, quando nossa clientela reconhece que nos interessamos pelo que ela tem a dizer, e que somos capazes de escutá-la e de olhá-la para além dos órgãos e dos membros de seu corpo, logicamente fica mais aberta a nos ouvir e a perguntar.

Conseqüentemente, não terá vergonha de demonstrar desconhecimento em relação a determinado assunto. A confiança e o respeito se estabelecem mais rapidamente, o que é fundamental para a obtenção da cooperação tão desejada durante um tratamento, ou para as ações de prevenção e de promoção de saúde.

Quando estabelecemos uma relação de reciprocidade, isto é, de troca com nossa clientela, estamos também contribuindo para a existência de uma cumplicidade muito positiva entre os serviços de saúde e seus usuários.

Uma relação de reciprocidade permite que renunciemos à onipotência, sentimento tão freqüente e tão comum entre os profissionais de saúde.

Nossa arrogância e nosso autoritarismo com as pessoas que atendemos resultam do fato de que nós, que trabalhamos com saúde, lidamos com os medos das pessoas - de adoecer, de morrer - e, freqüentemente, acabamos por desempenhar um papel de poder por meio das instituições de saúde.

O autor, aqui, usou a palavra como uma forma de dar força ao sentido da frase. Para dizer que o desprezo está muito entranhado nas pessoas, ele faz referência ao reconhecimento de um preconceito social (o desprezo pelo pobre), que pode ser bem evidenciado nos serviços de saúde públicos. Se pararmos para pensar um pouco, vamos ter que concordar que os pobres - os que mais freqüentam os serviços públicos - recebem pior atendimento do que aqueles que freqüentam os serviços particulares.

Vamos, então, fazer uma visita ao nosso cotidiano.

1.8 Falando de preconceitos

Nós, profissionais de saúde, convivemos com pessoas que têm valores morais diferentes dos nossos, isto é, pensam e agem de forma diferente da nossa; no entanto, isso não pode nem deve definir nossa forma de atendimento às pessoas.

Estamos nos serviços com o propósito de realizar ações de saúde em benefício de quem nos procura e, portanto, não nos cabe (nem a ninguém) julgar seus atos. Agindo de acordo com os princípios éticos da profissão, portanto, com responsabilidade, sabemos que não nos é permitido criticar atitudes ou gestos de quem chega até nós. Temos obrigação de não permitir que ninguém o faça.

Não cabe a nós, por exemplo, condenar ou dar a entender que reprovamos uma mulher que tenha procurado assistência com complicações resultantes de um aborto, ou fazer insinuações, e até perguntas sobre fatos que nada auxiliam na ação que vamos realizar. Obviamente, não nos cabe abandoná-la, ou deixá-la esperando sem tomar atitudes que lhe propiciem algum alívio. É sempre bom lembrar que, sejam lá quais forem os motivos que levaram uma mulher a provocar um aborto, essa decisão nunca é tomada sem conflitos e é um momento de muito sofrimento para a mulher e, por vezes, para quem a acompanha (quando ela está acompanhada).

Outra situação bastante comum se refere à reprovação de adolescentes que estão grávidas. E, novamente, não nos cabe repreendê-las ou tratá-las como se fossem nossas filhas ou sobrinhas. Elas não o são. E talvez esperem de nós a compreensão que dos seus familiares não tiveram. Melhor seria alargar nossa escuta (lembra?), estimular sua auto-estima e o cuidado consigo mesma durante o período de gravidez.

Outra situação em que o preconceito não pode estar presente ocorre quando do atendimento a um assassino que acabou de ser baleado. Não nos cabe definir se ele merece ou não ser atendido, pois nos serviços de saúde todos devem ser atendidos.

Nós temos um compromisso com a confidencialidade. Todos os dias vemos e ouvimos coisas que traduzem os sofrimentos e os conflitos mais íntimos das pessoas. Não temos o direito de revelar o que vemos e ouvimos a quem quer que seja, nem dar ouvidos a boatos que podem prejudicar a vida das pessoas, sejam elas famosas ou não.

Ao longo dos últimos 15 anos, com o aparecimento da AIDS, temos sido levados a refletir sobre nossa capacidade de discutir sobre situações que mobilizam os tabus mais antigos da humanidade e enfrentá-las. A existência da AIDS impôs novos desafios a toda a sociedade, colocando em evidência toda a incapacidade dos serviços de saúde para lidar principalmente com questões relacionadas à sexualidade.



O segredo profissional está regulamentado no artigo 29 do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, determinando “manter segredo sobre fato sigiloso que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em lei”.

E é claro que isso tinha que acontecer! Pense bem.

Os serviços de saúde fazem parte de uma sociedade que encontra muitas dificuldades em lidar com tabus e preconceitos relacionados à sexualidade. Ora, esses serviços têm profissionais que pertencem à coletividade. Sendo assim, somos obrigados a enfrentar questões que, por vezes, eram ignoradas, ou nunca admitimos que existissem, como o homossexualismo, o sexo anal, o sexo oral, que eram e continuam sendo, para muitos, problemas dos outros.

É necessário lutar contra a rejeição ao doente de AIDS e o medo da contaminação. Finalmente começamos a exigir de nós o respeito às normas universais - elementares - de segurança para acidentes com material biológico.

Tem sido necessário aprender a situar nosso sentimento diante de pacientes contaminados. Piedade ou desprezo? Amor ou ódio? Afastamento ou aproximação?

A situação não é fácil e, de certa forma, a existência da doença AIDS tem permitido que os profissionais de saúde, mesmo que por caminhos transversos, falem sobre temas que nunca antes foram considerados importantes, como auto-estima, prazer, desejo.

Hoje, mais do que nunca, precisamos aprender a lidar com os preconceitos.

1.9 As coisas que a gente não fala

A prática do autoritarismo está tão presente nos serviços de saúde, que poucos se questionam, por que, em quase todos os hospitais, ambulatórios e postos de saúde, o primeiro profissional com quem o usuário entra em contato é um “guarda”, um “segurança”, um policial. Seja por falta de pessoal para receptionar os clientes, seja por “necessidade” de transmitir uma idéia de ordem e au-



toridade aos serviços de saúde, invariavelmente não proporcionamos uma entrada confortável aos usuários. Delegamos aos agentes da ordem pública um trabalho que cabia aos agentes de ações de saúde.

É importante entender o porquê de aprovarmos essa forma de lidar com quem chega até nós, já que algumas vezes entendemos que são os clientes que atrapalham nossas funções.



Delegar - Significa encarregar, incumbir, transmitir (poderes) por delegação.



O que você acha dessa acolhida? Você já esteve “do outro lado”, sendo recebido por um guarda? Você não acha que concordamos com essa recepção, mesmo que não seja uma concordância verbalizada?

No momento de nosso primeiro contato com a clientela, estamos enviando-lhe um recado, mesmo sem dizer uma palavra. Será que essa recepção aos serviços aproxima ou nos afasta? E então, cabe a pergunta: como a clientela se sente?

Ultrapassada a porta de entrada, vamos nos deter no interior dos serviços.

Seria ingênuo e mesmo cruel imaginar que alguém sente prazer em estar dentro de hospitais e consultórios, seja porque está doente, seja porque acompanha alguém. De uma maneira geral, o cliente ou o acompanhante está triste, tenso e com medo. Temos também aqueles que vão às unidades básicas de saúde (postos ou centros de saúde), sem parecer doentes, mas que estão à procura de alguma coisa: uma palavra, atenção, orientação ou acolhimento. E é possível que, por puro preconceito (que muitas vezes nem percebemos), essas pessoas sejam recebidas como se fossem menos importantes, como se o motivo que as levou a procurar o posto não fosse importante porque muitas vezes se acredita que ela esteja “tirando a vaga de quem está doente e precisa”.

O que podemos fazer para que elas se sintam acolhidas?

Quantas vezes, durante nossa jornada de trabalho, olhamos nos olhos daqueles de quem cuidamos? Quantas vezes sorrimos e paramos para escutar o que têm a nos dizer ou a perguntar?

O que você pensa do profissional que, ao ser perguntado sobre os níveis tensionais que acabou de verificar num paciente, não responde nada ou diz: “está bom”, ou “não posso falar”

O que você pensa ao ver uma mulher que sofreu uma cesariana, levantar-se sozinha, sem ajuda de um profissional, para ir ao banheiro ou para tomar o bebê nos braços, seja para amamentar, ou para acalmá-lo?

O que você pensa de ter que esperar horas a fio numa sala de espera, aguardando por informações sobre a saúde de um ente querido, principalmente nas ante-salas das UTI?

Talvez muitos de nós nunca se tenham feito essas perguntas e é possível que, num primeiro momento, você tenha respostas como as que seguem, retiradas da fala de profissionais como nós: “também, pelo salário que a gente ganha...”; “a gente tem tanto trabalho, que não dá pra pensar nessas coisas...”; “não é só o profissional que atende mal, a clientela também não obedece, reclama...”.

Se pararmos para interpretar o significado dessas frases, logo vamos perceber que elas se apóiam em idéias e argumentos que não se sustentam. São fruto do preconceito e de uma relação de poder que submete o outro. Senão, vejamos ...

Será que as pessoas que chegam até nos têm culpa dos salários e da quantidade de trabalho que realizamos? Se é verdade que nossa remuneração frustra nossas expectativas, o nosso cliente não deve ser o



Penalizar - Punir, vitimizar, castigar.



Passividade - Quietude, ato de ficar passivo, quieto, não fazer nada.

alvo do nosso descontentamento. Pelo contrário, seria importante que a população fosse esclarecida sobre seus direitos e pudesse se aliar ao profissional na luta por melhores condições nos serviços de saúde.

É desejável e primordial que os/as auxiliares de enfermagem possam discutir sobre a falta de estrutura e organização dos serviços e percebam que isso os penaliza porque são eles / essas profissionais que mantêm um contato mais estreito e direto com a clientela, e enfrentam de perto, seu sofrimento e suas reais necessidades.

Sabemos que é o auxiliar de enfermagem que responde de imediato pela falta de medicamentos; de materiais e equipamentos; pela ausência de vagas para internação e / ou atendimento e, por isso, é alvo do descontentamento, percebe as angústias e os sofrimentos do que procuram os serviços de saúde.

Fica clara a importância de discutirmos e estimularmos a participação da comunidade nos espaços onde se decide o uso dos recursos, por exemplo, nos Conselhos Municipais e Distritais de Saúde. Hoje, no Brasil, as possibilidades de participação são maiores em alguns casos, como no Programa de Saúde da Família – PSF.

Precisamos reconhecer que a passividade não é a melhor forma de encarar os problemas. Eles também interessam à comunidade e não são fatalidades, isto é, não acontecem por obra do destino, ou porque “tem que ser assim”.

É preciso desenvolver as discussões e trocar idéias com nossos colegas. Se pudermos discutir em nossos espaços de trabalho, ótimo! Se não, vamos tentar criar condições para que seja possível no futuro. Podemos nos reunir nos sindicatos e em outros espaços corporativos.

Será também proveitoso contar com o apoio das pessoas que atendemos. E isso é possível se, ao mesmo tempo em que lutamos pela melhoria das condições de trabalho, de remuneração e pela maior participação na definição dos recursos, prestamos mais atenção na forma de receber e de nos relacionar com a clientela. Os frutos de uma mudança de atitude frente à clientela seriam o reconhecimento e a valorização de nosso trabalho.

É preciso responder a algumas perguntas que ficam no ar: se o trabalho que realizamos foi uma escolha, quem ou o que nos obriga a cuidar dos outros? Existem vários trabalhos que não requerem tanta proximidade com as pessoas...

É importante que fiquemos atentos para a alegada “falta de tempo para pensar nessas coisas”. A falta de reflexão deixa nosso trabalho muito mecânico, automático. Acaba sendo, ao mesmo tempo, causa e consequência de um sentimento de desvalorização do nosso trabalho, por nós mesmos.

Finalmente, chamamos sua atenção para o fato de que, se o profissional reconhece que atende mal, expõe seus preconceitos com relação à clientela e está revelando o seu descompromisso e descaso com

aqueles a quem deveria dedicar sua atenção. Revela seu desprezo e desvalorização pelo outro.

Ao mesmo tempo, quando espera que a população obedeça, admite uma relação de autoritarismo e de infantilização dos clientes. Ora, não temos que esperar a obediência de ninguém. As pessoas que chegam até nós, devem ser bem informadas e entender o que falamos, para avaliar se concordam com as ações que propomos ou se discordam delas.

É possível que você nunca tenha parado para pensar nisso.

No entanto, há princípios básicos de cidadania que precisam ser respeitados. As pessoas têm autonomia, isto é, têm independência, têm liberdade para decidir o que querem para si, e têm o direito de serem bem informadas, inclusive, para dizer não ao que estamos propondo. Quando são privadas dessa autonomia, em geral, terão um acompanhante para assumir as decisões (pais, filhos, irmãos, cônjuges).

Então, não há motivos para ficarmos aborrecidos pelo fato de nossos clientes fazerem perguntas. Uma explicação que só use termos técnicos em nada ajuda o seu questionamento sobre o medicamento que lhe oferecemos, a necessidade de urinar na comadre, e não no vaso sanitário, o seu pedido de informações sobre a realização ou o resultado de exames.

É sempre bom ter em mente que o corpo com que estamos lidando ou sobre o qual estamos falando, não nos pertence. Quando achamos que a clientela precisa se submeter a nossas ações estamos, novamente, diante dos ingredientes básicos da violência: poder, arrogância e autoritarismo.

1.10 As coisas que a gente fala

Existem situações que, de tão presentes em nosso cotidiano, não causam mais espanto ou constrangimento. As frases ditas nos espaços hospitalares e ambulatoriais pelos profissionais de saúde (não importando a categoria a que pertençam), podem ser muito duras. Podem até arrepiar, por revelarem grosseiras que envolvem os preconceitos mais escondidos!

Quem nunca ouviu falar durante um trabalho de parto ou um aborto: “na hora de fazer, você gostou, não foi?”

Diante de uma mulher que engravidou outra vez: “mas, outra vez?” ou “a senhora não tem televisão em casa?”

Diante de uma mãe segurando a criança para uma injeção: “segura direito essa criança, mãe, ou ela vai ficar sem vacinar!”

Diante de um alcoólatra: “lá vem aquele bêbado outra vez!”

Diante de uma mulher ansiosa: “isso é chilique”



Cidadania - É a possibilidade de os cidadãos exercerem seus direitos civis e políticos, nos diversos espaços e momentos de suas vidas.



A cidadania é mais aperfeiçoada e melhor exercida, na medida em que os cidadãos participam das decisões de seu país, de seu estado e de sua cidade, votando nas eleições e organizando-se em seus espaços de atividades (sindicatos, conselhos de classe, associação de bairros, conselhos de saúde e outros).



Você já pensou que as pessoas têm direito a recusar aquilo que nós lhe oferecemos?

Diante de paciente cirúrgico: “Isso não é nada, é lógico que o senhor tem que sentir dor”.

Diante de uma pessoa em estado terminal: “pra que mudar o decúbito? vai morrer mesmo”.

Diante de um homossexual: “lá vem a amiguinha (homem) dele!”

Certamente existem outros exemplos que você será capaz de lembrar.

O que parece claro é que os responsáveis por frases como as citadas esquecem que, na situação em que se encontram, cada um desses pacientes está fragilizado e submetido às normas dos serviços que nós, profissionais de saúde, estamos impondo.

Certamente, não gostam do que ouvem; no entanto, muitas vezes não reagem ou permanecem passivas uma vez que, na situação, sentem-se desiguais, inferiorizados.

Não se deve esquecer também qual é a clientela que, em geral, frequenta os serviços de saúde. São mulheres. Mulheres que levam as crianças, que vão às consultas de pré-natal, que vão dar à luz. Mulheres que vão buscar o remédio que acabou. Os homens, quando vão aos serviços de saúde, já estão sem condições de trabalhar, porque estão doentes, ou são idosos.

A clientela a que fazemos referência corresponde, em geral, à parcela da população desvalorizada socialmente. E nós, dentro dos serviços de saúde, muitas vezes sem perceber, contribuímos para reforçar sua desvalorização.

1.11 Minha casa, meu castelo...

Também devem estar incluídas em nossa reflexão as experiências de visita domiciliar, as situações de tratamento e “internação” domiciliar.

Ao entrarmos na casa das pessoas, estamos penetrando na intimidade de suas vidas. Somos estranhos àquele ambiente e é fundamental não confundir nossa curiosidade com as ações de saúde que fomos ali realizar. O objetivo de uma visita domiciliar pode ser a promoção de ações básicas de saúde, mas também pode ocorrer para a realização de tratamentos. Muitas vezes pertencemos ao mesmo bairro, à mesma comunidade, ou temos até um relacionamento mais intenso com pessoas que visitamos. Não devemos misturar nossa vida de relações pessoais com nosso trabalho profissional. O que vemos, o que ouvimos e o que sabemos, pessoalmente e profissionalmente, não pode ser entendido como “fofoca”.

Os princípios básicos de educação devem se somar ao respeito pelo espaço alheio. Às vezes, é verdade que acabamos por nos envolver mais com as pessoas, exatamente por conta de estarmos dentro de suas casas. Mas é sempre bom lembrar que quem dá o sinal verde para essa aproximação é o(a) dono(a) da casa.



Troque idéias com os colegas sobre situações que já enfrentou ou enfrenta na casa das pessoas que você visita ou atende. Reflita sobre suas atitudes, fale dos problemas. Certamente suas dificuldades também são dificuldades dos colegas.

1.12 E o trabalho de equipe?

O trabalho em saúde é, sempre, um trabalho de equipe e exige, sempre, respeito entre os membros do grupo. Cada um dos membros de uma equipe que trabalha com saúde, reconhece que o trabalho que cada profissional realiza é importante e contribui para o conjunto e por isso todos precisam se encontrar para refletir sobre sua atuação.

No entanto, embora haja consenso sobre essa necessidade, no cotidiano, os encontros não se verificam. Queremos, no entanto, estimular essa discussão por entender que a responsabilidade ética de que tanto falamos, passa pela existência de uma relação com outras pessoas, também profissionais de saúde que, como nós, têm um compromisso com a defesa da vida.

O trabalho de equipe precisa ser entendido como um trabalho de parcerias. Numa equipe, todos têm uma função importante que será realizada da melhor forma possível, na medida em que os profissionais estejam integrados.

Mas... Como fazer para que a integração aconteça?

É evidente que a instituição onde estamos trabalhando, precisa reconhecer a importância do trabalho do grupo, a fim de que os profissionais tenham espaço para se reconhecer como tal.

Uma equipe de saúde trabalha bem, quando integra os papéis de seus membros. A integração é sempre muito proveitosa e não pode ser confundida com a sujeição de um membro da equipe por outro.

Isso não quer dizer que os trabalhos nas equipes dispensem uma hierarquia, principalmente se são atividades relacionadas à realização de tratamentos ou de procedimentos curativos.

É importante que cada um reconheça seus limites e os limites da atuação profissional dos membros de uma equipe, a fim de se aperfeiçoar, cada vez mais, naquilo que sabe e que foi preparado para realizar.

O nosso enfoque diz respeito, basicamente, às relações interpessoais nos grupos. Portanto, relaciona-se a todos os seus membros.

Queremos afirmar a necessidade de diálogo e de respeito entre as pessoas que trabalham juntas. Consideramos que é dever de todos nós contribuir para que nosso ambiente de trabalho seja agradável, para que cada um de nós também se sinta acolhido em nosso espaço de trabalho, seja ele o hospital, os consultórios e ambulatorios, ou os espaços onde discutimos as ações que vamos realizar nas casas das pessoas.

Na verdade, é difícil dedicarmos algum momento da nossa jornada de trabalho, para pensarmos e conversarmos sobre o quanto esta ou aquela situação mexeu conosco. Quantas vezes ficamos com um nó na gar-



Sujeição - Submissão, inferiorização



Hierarquia - Distribuição organizada de poderes, categorias, atribuições e funções, onde existe uma subordinação de uns aos outros.

ganta diante de uma situação (e são muitas!) de morte, ou diante da dor de alguém que recebe a notícia de que vai ficar com alguma deficiência?

Quantas vezes nos fazem perguntas cujas respostas desconhecemos ou conhecemos mas não podemos ou nos falta preparo para fornecer (como quando sabemos de um diagnóstico ou de um prognóstico ruim)! Situações assim geram em nós reações que não controlamos, como tremores, suores, frio na barriga, dor de cabeça.

Quantas vezes somos obrigados a estar em contato com situações que nos causam aborrecimento e vergonha, como é o caso de doentes ou acompanhantes que fazem insinuações grosseiras apelando para temas que têm a ver com a sexualidade ! Quantos já não presenciaram pacientes se masturbando?

E quando estamos diante de situações que fogem ao controle do paciente, mas que somos obrigados a vivenciar diante de outros profissionais, como é o caso de estar cuidando do asseio de um doente no leito, e ocorrer uma ereção do pênis?

E quando nos aborrecemos com outros colegas de trabalho?

Você não acha que seria bom poder falar desses sentimentos com outras pessoas que também passam pelas mesmas situações? Que seria bom que encontrássemos, entre nossos pares, aquele olhar de compreensão diante de uma impossibilidade nossa? Que pudéssemos contar com a crítica construtiva das pessoas com as quais trabalhamos? Que não precisássemos ter medo de demonstrar nossa fragilidade em relação a determinadas situações?

Então, é preciso que nos olhemos mais e nos escutemos mais. Principalmente porque o que nos une é estar lidando tão de perto com o sofrimento humano. É preciso parceria, seja para entender melhor do trabalho que vamos realizar, seja para reafirmar uma cumplicidade solidária, diante das situações de tensão, de tristezas e de alegrias, experimentadas no dia a dia de nosso trabalho.

A cumplicidade solidária pode nos aliviar, fazer com que percebamos que nossa experiência guarda semelhanças com a experiência de outros colegas. Permite que nosso sentimento seja de inclusão num espaço que é coletivo, mas entendendo que temos necessidades individuais. Cria o conhecimento através da experiência coletiva.

1.13 Pra ficar na moda

Tudo que foi até aqui abordado, é fruto da reflexão individual ou conjunta de profissionais que trabalham nos serviços de saúde.

Não há como desconhecer, que essa experiência profissional (a experiência de enfermagem) foi construída por mu-



Cumplicidade solidária - Seria uma colaboração dos profissionais de uma equipe entre si, reunindo sentimentos de generosidade, de compreensão e tolerância.



lheres. E talvez em nenhuma outra profissão, seja possível encontrar situações que expõem, de forma tão contundente, a oposição entre aquilo que se espera de uma enfermeira e aquelas que são características tão enraizadas no jeito de ser feminino.

Vamos tomar como exemplo os alunos de enfermagem que são ensinados durante os cursos, a “demonstrar atenção, compreensão mas nunca, emoção. É preciso segurança e controle diante do paciente”. Ora, esse ensinamento é o caminho para a angústia e o conflito entre aquilo que sentimos e aquilo que fazemos.

Não há a menor possibilidade de se garantir uma relação de confiança entre nós e a clientela, se essa relação estiver distante das emoções. Quando estamos falando de emoções, estamos falando de nossa humanidade. De algo que nos faz humanamente semelhantes.

Nós, profissionais de saúde, somos seres humanos que realizam as ações de saúde, nos nossos espaços de trabalho. Fora desse espaço, temos uma série de outros afazeres na vida. Divertimo-nos, aborrecemo-nos, estudamos, enganamo-nos, adoecemos, temos responsabilidade com outras pessoas de quem também cuidamos. Além disso, somos também usuários dos serviços de saúde.

É preciso reafirmar que a humanização dos serviços de saúde ou a humanização da assistência à saúde se faz através de pessoas. Faz-se através de nós.

Espera-se que tenha ficado claro que não é possível falar em ética pessoal/profissional, sem falar em humanização. E que não existe humanização sem emoção.

Porque os serviços de saúde acontecem por meio das pessoas que ali trabalham. É através do repensar sobre a nossa prática e a forma como nos relacionamos com os outros, que vamos poder dar respostas às nossas inquietações ou - quem sabe? - apaziguar nossas ansiedades.

Tivemos o cuidado de falar de situações que são bem próximas do dia-a-dia dos profissionais de saúde, com a intenção de deixar claro que, quando falamos de ética, estamos falando de coisas muito palpáveis, nas quais esbarramos todos os dias.

Desejamos que as questões aqui levantadas sirvam para estimular o debate entre alunos, entre professoras e alunos, e entre equipes de trabalho. E, quem sabe, num momento que ainda está por vir, entre profissionais e clientela.



Contundente - Marcante, profunda, evidente.

Enraizadas - Que criaram raízes. Enraizadas. Profundas.



Entre as nossas qualidades mais desejáveis deveriam estar o reconhecimento de nossos limites e o alcance de nosso conhecimento. Não somos obrigados a saber de tudo. Não deveríamos ficar envergonhados de reconhecer nossa incapacidade diante desta ou daquela situação. Seria proveitoso para os profissionais e a clientela se nos habituássemos a solicitar o auxílio dos colegas em situações de dúvida ou diante da incapacidade de lidar com determinados acontecimentos.



Apaziguar - Levar a paz. Tranquilizar. Acalmar.

Palpável - Que não deixa dúvidas. Evidente.

2- UM POUCO SOBRE A HISTÓRIA DA ENFERMAGEM



Diariamente, todos construímos, de maneira individual e coletiva, a história do grupo social a que pertencemos. Em nosso meio, contribuímos ativamente para as transformações e para a consolidação de aspectos sociais, culturais e psicológicos.

O estudo da história é importante para descobrirmos e entendermos os caminhos trilhados por nossos pais e antepassados, responsáveis pela atual realidade. Da mesma forma, o futuro será uma consequência ou reflexo da situação presente.

Para compreender melhor os caminhos que, na sociedade brasileira, levam à construção da categoria profissional “auxiliar de enfermagem”, precisaremos conhecer um pouco sobre o curso dos acontecimentos históricos.

Este texto é um convite para uma viagem no tempo e na história.

A história pode nos situar no tempo e no espaço, estabelecendo elos de comunicação entre a sociedade atual e outras que, embora situadas num tempo passado, continuam vivas e influenciando nossa maneira de agir e pensar. Seu estudo permite-nos conhecer em que medida estamos próximos ou não do modo de vida das pessoas que viveram em outras épocas, bem como compreender os significados dos fatos presentes e estimular-nos a fazer a nossa parte na construção dessa inacabável história.

2.1 Navegar é preciso

Vamos agora entrar no *Barco da História!*

Para essa nossa *viagem*, teremos como ponto de partida o relato de personagens que ajudaram a criar a profissão de enfermagem no mundo e outras tantas, no Brasil, que ajudaram o desenvolvimento dessa profissão, especialmente por meio da criação do curso e da profissão de auxiliar de enfermagem.

Nossa viagem nos permitirá situar algumas mudanças importantes que ocorreram ao longo do tempo, relacionadas à atividade de cuidar de pessoas com algum tipo de enfermidade, seja em instituições hospitalares seja no domicílio das mesmas.

O “cuidar de pessoas enfermas” tem sido a essência da profissão de enfermagem. Mas as formas como esse cuidado foi exercido através dos séculos tem estreita relação com a história da civilização. Cada povo, seja no Egito, China, Índia, Grécia ou Roma, desenvolveu sua arte de tratar os doentes, com base em seus conhecimentos, suas crenças e costumes locais.

Assim, é possível afirmar, por exemplo, que antes do século XVIII, o hospital era uma instituição de assistência aos pobres e aos feridos em guerras. Mas as transformações sociais ocorridas a partir do Renascimento, somadas às descobertas científicas desse período, criaram as condições para que o hospital passasse a ser concebido como um espaço para cuidar, tratar e curar os doentes. E não é exagero afirmar que as mudanças resultantes da organização do trabalho de enfermagem têm um importante papel na maneira como se estabeleceu e organizou o hospital como conhecemos hoje.

A grande figura da enfermagem mundial é, sem dúvida, Florence Nightingale, que nasceu em 1820 em Florença, na Itália. Filha de uma família de ingleses, nobre e aristocrática, pôde estudar e ser bem educada, o que lhe abriu caminho para posteriormente organizar o trabalho da enfermagem e fazer da atividade uma profissão científica e de respeito. A data de seu nascimento, 12 de maio, é mundialmente comemorada como o Dia Internacional da Enfermeira. Florence viveu 90 anos, falecendo em 13 de agosto de 1910, em Londres. A Inglaterra ainda a cultua como uma das grandes heroínas inglesas, construindo em sua homenagem estátuas em praças públicas e um museu com seu nome.

Desde a infância, Florence gostava de cuidar de animais e crianças doentes, e na adolescência demonstrou à sua família não estar conformada com o destino reservado às mulheres: casar e ter filhos. Ela queria ter a liberdade para escolher o que fazer de sua vida, pois percebia como a sociedade tratava de maneira desigual os homens e as mulheres, bem como o quanto a vida dos ricos era diferente da dos pobres. Aos 24 anos quis trabalhar em um hospital, mas na época as condições dos hospitais ingleses não eram recomendáveis, pois as pessoas que prestavam algum tipo de cuidado ou assistência de enfermagem eram religiosas católicas ou anglicanas e, em muito maior número, mulheres sem preparo nem princípios morais, que viviam embriagadas e, portanto, eram mal vistas pela sociedade. Somente aos 31 anos conseguiu autorização dos pais para fazer estágios na Alemanha, numa instituição de diaconisas, sob orientação do Pastor Fliedner, para aprender a cuidar de doentes pobres. Por falar diversas línguas, pôde aproveitar-se não apenas dessa viagem como também de uma estada no hospital Hôtel-Dieu, em Paris, na França, onde conheceu, aprendeu e acompanhou por vários meses o tipo de trabalho assistencial e administrativo realizado pelas Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo. Com elas aprendeu a importância de regras, sua forma de cuidar dos doentes, de fazer anotações, gráficos e listas das atividades desenvolvidas.



História da civilização - História dos povos e de como desenvolveram suas crenças, costumes, artes e objetos.

Renascimento - Movimento de renovação científica, literária e artística ocorrido na Europa, nos séculos XV e XVI.

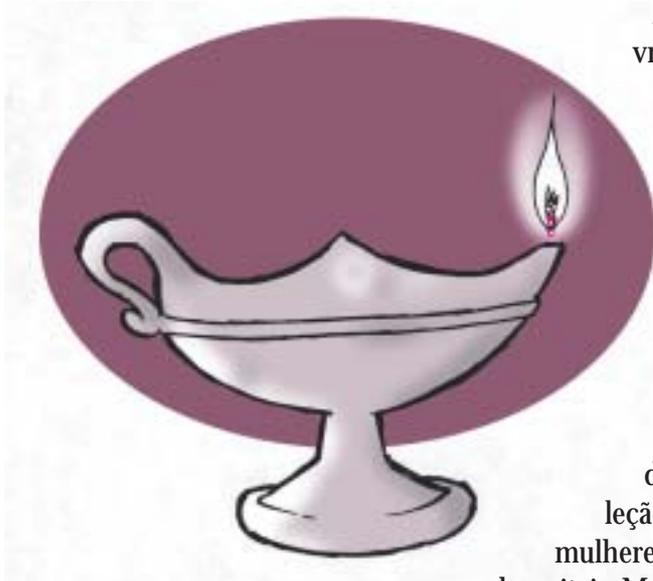


No Brasil, o Decreto nº 2.956, de 10/8/38, assinado por Getúlio Vargas, institui o dia 12 de maio como o Dia da Enfermeira, e o Decreto nº 48.202, de 12/5/60, assinado por Juscelino Kubitschek, institui o período de 12 a 20 de maio como a Semana de Enfermagem, por ser essa última a data da morte de Anna Nery, uma heroína brasileira da Guerra do Paraguai.



Diaconisas - Ordem religiosa assistencial alemã

Em 1854, teve início a guerra da Criméia, que durou dois anos, tendo a França e a Inglaterra como aliadas contra a Rússia, que queria aumentar seus domínios naquela parte do mundo. Enquanto os feridos franceses eram bem cuidados pelas irmãs de caridade, 40% dos feridos ingleses morriam abandonados. Florence ofereceu seus serviços e partiu com outras 38 voluntárias de diferentes hospitais. Ao encontrar 4.000 feridos em imensos galpões, organizou a lavanderia, a cozinha e todos os serviços necessários para cuidar dos feridos, conseguindo baixar a mortalidade de 40% para 2%. Como à noite percorria os alojamentos e corredores do hospital improvisado com uma lamparina para poder ver os pacientes, passou a ser conhecida como a *Dama da Lâmpada* – motivo pelo qual, até hoje, a Enfermagem é representada pela lâmpada, símbolo da sentinela, da vigília constante e do cuidado contínuo do profissional que trabalha junto aos doentes.



Após a Guerra da Criméia, Florence publicou dois livros: *Notas sobre Hospitais*, em 1858, e *Notas sobre Enfermagem*, em 1859. Devido ao sucesso de sua missão, recebeu homenagens do povo e do governo, além de um prêmio em dinheiro, utilizado para a organização da primeira Escola de Enfermagem dos tempos modernos, no Hospital São Tomas, em Londres. Em 9 de julho de 1860, matricularam-se as primeiras quinze alunas na escola recém-fundada por Florence, que pretendia reformar a enfermagem, não apenas na Inglaterra, mas no mundo inteiro, selecionando as candidatas ao curso apenas entre jovens educadas e de elevada posição social. Esse rigoroso critério de seleção tinha a intenção de eliminar o baixo nível social das mulheres que, então, prestavam assistência aos pacientes em hospitais. Mas os primeiros anos foram de grande luta, porque eram poucos os que compreendiam a necessidade de enfermeiras cultas e com elevados dotes morais, além disso não se acreditava que fossem necessários estudos e especial preparação para cuidar de doentes.

Provavelmente, a experiência na França, com as regras das Irmãs de Caridade de São Vicente de Paulo e a convivência com a rígida disciplina militar e sua hierarquia influenciaram Florence na concepção de um modelo “militarizado” de organização das atividades e serviços de enfermagem.

Algumas das enfermeiras diplomadas pela Escola do Hospital São Tomas trabalharam na Europa e outras dirigiram-se ao Canadá, Estados Unidos, Austrália e Nova Zelândia, divulgando o sistema Nightinglae em todo o mundo.

Dadas as condições precárias de sua saúde, ela não conseguiu dirigir pessoalmente a escola, mas manteve-se sempre em contato. Quando morreu, aos 90 anos, sua reforma, conhecida como sistema

Nightingale, já havia atingido o Novo Mundo e espalhava-se por todos os continentes, chegando inclusive ao Brasil.

O sistema Nightingale tinha dois pontos centrais: em primeiro lugar, enfermeiras deveriam assumir a direção das escolas de enfermagem assim como ser os principais responsáveis pelo ensino metódico da profissão; em segundo, critérios de conduta moral, intelectual assim como de aptidão deveriam ser usados na seleção de candidatas.

2.2 A história da Enfermagem no Brasil

No Brasil, como em muitos outros países, durante longo período, as funções de enfermagem foram relegadas ao plano doméstico ou religioso, sem nenhum caráter técnico ou científico. Os poucos hospitais existentes eram voltados para o atendimento das vítimas de epidemias, dos soldados feridos durante as guerras e de indigentes. O cuidado ao doente era prestado por escravos e religiosos. A assistência às mulheres doentes, às grávidas e às parturientes era, na maioria das vezes, realizada por uma parteira.

No início do século XIX, entre os graves problemas de saúde pública existentes no território nacional, destacavam-se a falta de saneamento das cidades, a precariedade das habitações, a necessidade de controle sanitário dos portos e das doenças epidêmicas, assim como alguns problemas sociais decorrentes da presença de doentes mentais perambulando pelas ruas.

Entre as múltiplas propostas de intervenção sobre o espaço urbano com o propósito de saneá-lo, tem especial importância a criação no Rio de Janeiro, em 1842, de um hospício, que depois seria chamado Hospital Nacional de Alienados. A criação do Hospital pode ser considerada o marco histórico que antecedeu a criação da primeira escola de enfermagem no país.

Por iniciativa do governo federal, o Decreto nº 791, de 27 de setembro de 1890, criou a Escola Profissional de Enfermeiros e Enfermeiras (EPEE), posteriormente denominada Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, que funcionava dentro do Hospital Nacional de Alienados. Hoje, essa escola pertencente à Universidade do Rio de Janeiro, UNIRIO. É importante assinalar, no entanto, que a EPEE não foi organizada com base no modelo proposto por Florence, pois apesar do sistema Nightingale já ter sido instalado na Inglaterra (1860) e nos Estados Unidos (1873), sua divulgação não havia ainda chegado ao Brasil.

Em São Paulo, em 1895, uma iniciativa particular deu vida ao Curso de Enfermagem no Hospital Samaritano, em moldes



Somente após o aparecimento de medicamentos que neutralizassem a força física dos alienados, é que as mulheres começaram a exercer atividades de enfermagem psiquiátrica. Anteriormente, os doentes mentais eram cuidados por homens, pessoas normalmente dotadas de maior força física.

“nightingaleanos”, com enfermeiras inglesas que praticavam também a enfermagem domiciliar, muito importante na época, porque ainda havia grande resistência contra a hospitalização, especialmente nas camadas socialmente mais favorecidas. Essa iniciativa, porém, não teve grandes repercussões, pois tratava-se de um grupo restrito e dirigido quase exclusivamente às pessoas de religião presbiteriana.

Posteriormente, no Rio de Janeiro, em 1916, durante a Primeira Guerra Mundial, foi criada a Escola de Enfermagem da Cruz Vermelha Brasileira com a finalidade de preparar voluntárias para o exercício da enfermagem nas frentes de batalha.

No início da década de 20, epidemias de tifo, cólera e febre amarela agravavam os problemas de saúde no país. Em 1920, o Dr. Carlos Chagas organizou o Departamento Nacional de Saúde Pública, sendo seu primeiro diretor. Na tentativa de resolver o problema da epidemia de febre amarela, Chagas promoveu, com a ajuda da Fundação Rockefeller, a vinda de um grupo de enfermeiras norte-americanas.

Provavelmente, desconhecendo a existência da Escola Profissional de Enfermeiras e Enfermeiros, que já funcionava por mais de 20 anos, essas enfermeiras, contando com todo o apoio do Departamento Nacional de Saúde Pública, fundaram, em 1923, uma escola de enfermeiras vinculada a esse Departamento, a Escola de Enfermagem Anna Nery, atualmente vinculada à Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ).

Assim, as duas escolas governamentais (Alfredo Pinto e Anna Nery) coexistiram de forma totalmente independente.

Após a formatura da primeira turma de enfermeiras dessa nova escola, foi fundada a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), em 1926. Na verdade, a história da enfermagem brasileira confunde-se com a história dessa Associação, cujas líderes e pioneiras - Edith de Magalhães Fraenkel, Gleite de Alcântara, Marina de Andrade Resende, Haydée Guanais Dourado, Maria Rosa de Souza Pinheiro, Irmã Maria Tereza Notarnicola, Maria Ivete Ribeiro de Oliveira, entre muitas outras, com grande espírito de luta e desprendimento, lideraram praticamente todas as conquistas da profissão.



A Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, da UNIRIO, foi a primeira escola de enfermagem criada oficialmente no Brasil.

2.3 Formação do Auxiliar de Enfermagem

A expansão das escolas de enfermagem foi muito lenta, porque as famílias de classe social mais elevada não viam com bons olhos o trabalho feminino, muito menos o de enfermeira. Além disso, a formação de enfermeiras era considerada muito onerosa e demorada. O problema da deficiência numérica de enfermeiras era enorme, diante das necessidades de assistência aos doentes nos hospitais e outros serviços

de saúde. A solução, então considerada emergencial, foi a criação de cursos regulares para preparar pessoal em grande quantidade para a assistência direta aos doentes em hospitais.

A idéia de formar o auxiliar de enfermagem partiu da enfermeira Laís Netto dos Reis, em 1934, em Belo Horizonte, onde funcionava a Escola de Enfermagem Carlos Chagas, a segunda escola no sistema Nightingale criada no Brasil, atual Escola de Enfermagem da Universidade Federal de Minas Gerais. Entretanto, o primeiro curso de auxiliar de enfermagem ocorreu na Escola de Enfermagem Anna Nery, em 1941, por iniciativa da mesma educadora, Laís Netto dos Reis, sua então diretora.

O curso para formar auxiliares de enfermagem era menos exigente quanto aos requisitos ou condições educacionais e sociais de ingresso das pessoas, tinha um currículo mais simples, com menor duração, e admitia mulheres de camadas sociais mais pobres, pois bastava a candidata apresentar, além de documentos pessoais, o certificado de conclusão do curso primário.

A preocupação de formar pessoal nesse nível era tão grande que, em 1947, Rosaly Tabora sugeriu às enfermeiras reunidas no 1º Congresso Brasileiro de Enfermagem da ABEn, em São Paulo, que a formação do auxiliar de enfermagem deveria ser concluída em oito meses, que o curso fosse realizado nos hospitais e não em escolas de enfermagem, que o ensino fosse feito exclusivamente por enfermeiros e que fossem estabelecidas as atribuições dessa nova categoria de enfermagem.

A exemplo dos enfermeiros, também os auxiliares de enfermagem uniram-se como classe e criaram, em maio de 1950, a União Nacional dos Auxiliares de Enfermagem (UNAE), na cidade do Rio de Janeiro. Posteriormente, esse nome foi modificado para União Nacional dos Auxiliares e Técnicos de Enfermagem (UNATE).

Todos esses fatos contribuíram para que as ações de enfermagem no Brasil se tornassem hierarquizadas e divididas em níveis de assistência. As enfermeiras passaram a exercer cargos de chefia da equipe de enfermagem e demais atividades assistenciais consideradas mais complexas. As auxiliares de enfermagem ficaram com a execução de atividades de enfermagem mais simples, porém de cuidados constantes.

2.4 Histórico da legislação básica de Enfermagem

A Lei nº 775, de 6 de agosto de 1949, ao dispor sobre o ensino de enfermagem, criou oficialmente o curso de auxiliar de enfermagem, em dezoito meses, aberto para homens e mulheres. De acordo com a lei, a principal atividade dessa nova categoria deveria ser a de



A Escola de Enfermagem Anna Nery foi criada em homenagem a Anna Justina Ferreira Nery, nascida na Bahia em 13 de dezembro de 1814 e falecida aos 20 de maio de 1880, considerada a Patrona das enfermeiras brasileiras por ter atuado como voluntária na assistência aos feridos durante a Guerra do Paraguai (1864/70).



Patrona - protetora, padroeira ou personalidade, cujo nome deve manter vivas as tradições ou feitos heróicos da pessoa escolhida.



Currículo – conjunto de matérias ou disciplinas estudadas em um curso.



ABEn – Associação Brasileira de Enfermagem, fundada em agosto de 1926, no Rio de Janeiro, atualmente com sede em Brasília. Em 1929, conseguiu ser aceita como membro do Conselho Internacional de Enfermeiras, uma organização internacional sediada em Genebra, Suíça, como a primeira associação da América Latina.

auxiliar o enfermeiro em suas atividades de assistência curativa. Não previa, portanto, o trabalho do auxiliar de enfermagem nos serviços de saúde pública.

Em 1959, líderes da enfermagem, através da ABEn, fizeram um sério estudo sobre a situação e publicaram o *Levantamento de Recursos e Necessidades de Enfermagem no Brasil*, que mostrou, além das enormes diferenças existentes nos currículos dos cursos de auxiliar de enfermagem em todo o país, a insuficiência nos conteúdos das disciplinas, pois, na prática, os auxiliares de enfermagem estavam executando atividades mais complexas que as previstas no ensino, e na maior parte das vezes sem supervisão ou orientação de enfermeira

O estudo também comprovou a existência de grande número de pessoas realizando atividades de enfermagem sem título ou preparo formal em curso reconhecido. Eram os atendentes de enfermagem que, na verdade, constituíam mais da metade do pessoal que trabalhava nos serviços de saúde. Embora fosse um grupo enorme, era marginalizado dentro da enfermagem. O preparo de atendentes de enfermagem havia sido feito, muitas vezes, em instituições hospitalares privadas ou filantrópicas ou através de cursos não reconhecidos pelas Secretarias de Educação.

A promulgação ou aprovação e publicação da Lei nº 4.024/61, de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB), em dezembro desse ano e em vigor a partir de 1962, foi de grande importância na regulamentação dos cursos na área de enfermagem, anos mais tarde. Essa lei definiu a educação nacional em três faixas de ensino: primário, médio (ginásial e colegial) e superior, e a necessidade de formação de técnicos em nível colegial em qualquer ramo de atividade, como condição para o progresso da Nação.

Com os dados obtidos no levantamento citado, a ABEn fez diversas recomendações ao Ministério da Educação e Cultura, que respondeu ao apelo baixando a Portaria nº 106/65, para fixar normas reguladoras do curso de auxiliar de enfermagem, já agora com base na LDB. Entretanto, por essa portaria o currículo deveria ser desenvolvido em dois anos letivos, e incluir cinco disciplinas de cultura geral correspondentes às duas primeiras séries do curso ginásial.

Em 1967, os enfermeiros conseguiram a aprovação, em caráter experimental, da criação de um curso intensivo de auxiliar de enfermagem, com a redução do currículo para onze meses letivos, mas tendo como requisito de ingresso o certificado de conclusão do curso ginásial. Com isso, os alunos não teriam que estudar as cinco disciplinas do ginásio e poderiam dedicar-se em tempo integral às matérias específicas de enfermagem.

Na época, havia um movimento entre enfermeiros para criar outra categoria intermediária, a do Técnico de Enfermagem, prevista pela própria Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Era uma



LDB - É a sigla utilizada para designar a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, no Brasil. Fique atento e observe que, ao longo do tempo, a legislação foi sendo reformulada e novas edições da LDB foram aprovadas.

tentativa de formar um maior número de profissionais de enfermagem, com um poder de atuação mais amplo que o do auxiliar e com capacidade para substituir, em algumas situações, o profissional de nível superior. Assim, em 1966, embora nem todos os profissionais da área estivessem plenamente convencidos e de acordo, foi criado um curso intermediário que formaria o Técnico de Enfermagem, o mais novo membro da equipe de enfermagem.

Alguns anos depois, em 1972, o governo federal aprovou uma nova Lei de Diretrizes e Bases, a Lei nº 5.692, de 11 de agosto de 1972, sobre o ensino de 1º e 2º graus, unificando o antigo primário e ginásial para formar o ensino de 1º grau, e o antigo colegial passou a ser curso de 2º grau. Com isso, a LDB alterou completamente o sistema de ensino e criou os cursos supletivos, inclusive o supletivo profissionalizante. Essa nova legislação federal provocou a necessidade de adaptação da legislação do ensino de enfermagem, o que foi feito pelas Resoluções nºs 7/77 e 8/77, do Conselho Federal da Educação, que regulamentaram o ensino de ambos os níveis de enfermagem, determinando novo currículo e número de horas de estudo e estágios necessários para cada curso.

No mesmo período, a Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn), depois de mais de 20 anos de lutas, conseguiu a aprovação, pelo Congresso Nacional, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, criando o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os conselhos regionais de enfermagem (COREN), em cada estado do país. Conforme estabelece a lei, o COFEN e os COREN “são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de enfermagem”.

Como órgão disciplinador, o COREN deve fiscalizar o exercício profissional e, nele, todas as pessoas que exercem a enfermagem são obrigadas a estar devidamente inscritas. Além dos enfermeiros, técnicos de enfermagem e auxiliares de enfermagem, existem outras categorias - como obstetrizas e parteiras - que também fazem parte do pessoal de enfermagem.

Para fiscalizar o exercício profissional, o COREN funciona como um tribunal de ética e, como tal, tem por função:

- verificar quem pode exercer a profissão;
- averiguar os trabalhadores de enfermagem que estiverem exercendo ilegalmente sua profissão;
- avaliar se os profissionais que exercem legalmente a profissão estão cumprindo corretamente suas obrigações;
- aplicar as penalidades previstas às pessoas que ferem a ética profissional.

3- NOTAS SOBRE A ATUAL LEGISLAÇÃO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DE ENFERMAGEM



Conselho Federal de Enfermagem, órgão que disciplina e fiscaliza o exercício da enfermagem.



A Lei nº 7.498/86 e o Decreto-Lei nº 94.406/87 dispõem sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem no país.

Como parte de suas funções, o COFEN tratou de criar um código de ética profissional para orientar todos os membros da equipe de enfermagem sobre como agir quando no exercício de suas atividades. Está, atualmente, em vigor o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, ao qual todos os trabalhadores da área estão obrigados a respeitar. Além de dar as linhas gerais do comportamento ético, o COFEN procurou também atualizar a legislação do exercício profissional. Para tanto, conseguiu a aprovação da Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto-Lei nº 94.406, de 8 de junho de 1987.

É importante destacar que a Lei nº 7.498 não reconheceu como categoria profissional os atendentes de enfermagem, estabelecendo em seu artigo 23 que os profissionais que executavam tarefas de enfermagem sem possuir formação específica seriam autorizados pelo COFEN a exercer atividades elementares de enfermagem, sempre sob a supervisão do enfermeiro. Ao mesmo tempo, determinou que essa autorização seria concedida durante o prazo de dez anos, a fim de que os trabalhadores que se encontrassem nessa condição viessem a se qualificar formalmente como auxiliar de enfermagem.

Findo o prazo estipulado em Lei, o COFEN, no uso de suas atribuições legais passou a fiscalizar os trabalhadores que não estavam devidamente habilitados, enquadrando-os no exercício ilegal da profissão. Para escapar dessa fiscalização, algumas instituições usaram – e continuam usando até hoje – a estratégia de não registrar adequadamente os “atendentes de enfermagem” não qualificados, induzindo-os a uma relação informal de emprego, ou então, registrando-os em outras funções, tais como auxiliares de serviços gerais ou braçais, auxiliares de saúde, dentre outros.

Legalmente, o auxiliar de enfermagem pode executar as seguintes atividades:

- preparar o paciente para consultas, exames e tratamentos;
- observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas, ao nível de sua qualificação;
- executar tratamentos especificamente prescritos, ou de rotina, além de outras atividades de enfermagem, tais como:
 - a) ministrar medicamentos por via oral e parenteral;

- b) realizar controle hídrico;
- c) fazer curativos;
- d) aplicar oxigenoterapia, nebulização, enteroclistma, enema e calor ou frio;
- e) executar tarefas referentes à conservação e aplicação de vacinas;
- f) efetuar o controle de pacientes e de comunicantes em doenças transmissíveis;
- g) realizar testes e proceder à sua leitura, para subsídio de diagnósticos;
- h) colher material para exames laboratoriais;
- i) prestar cuidados de enfermagem no pré e pós-operatório;
- j) circular em sala de cirurgia e, se necessário, instrumentar;
- l) executar atividades de desinfecção e esterilização.
- prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente e zelar por sua segurança, inclusive:
 - a) alimentá-lo ou auxiliá-lo a alimentar-se;
 - b) zelar pela limpeza e ordem do material, dos equipamentos e das dependências de unidades de saúde;
- integrar a equipe de saúde;
- participar de atividades de educação em saúde, inclusive:
 - a) orientar os pacientes na pós-consulta, quanto ao cumprimento das prescrições de enfermagem e médicas;
 - b) auxiliar o Enfermeiro e o Técnico de Enfermagem na execução dos programas de educação para a saúde ;
- executar os trabalhos de rotina vinculados à alta de pacientes ;
- participar dos procedimentos pós-morte;

Para finalizar este tópico, ainda é preciso assinalar que a legislação educacional em vigor, a nova LDB, Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996, estabeleceu novas diretrizes e bases da educação nacional e re-definiu os níveis de educação básica. O antigo primeiro grau passou a chamar-se *ensino fundamental* e o segundo grau, *ensino médio*. Além disso, foi estabelecida nova caracterização para a educação profissional.

Desse modo, ficou instituído pelo Decreto nº 2.208, de 17 de abril de 1997 que a Educação Profissional das profissões técnicas se compõe de três níveis, relacionando-se com a educação geral, conforme descrito abaixo:

- **Básico** - destinado à qualificação, requalificação e reprofissionalização de trabalhadores, independentemente de escolaridade prévia;



Requalificação - é qualificar de novo, ou seja, proporcionar ao profissional a atualização de seus conhecimentos profissionais mediante estudos ou curso(s).

Reprofissionalização - é profissionalizar-se de novo, ou seja, uma pessoa que tem uma profissão para a qual já não encontra emprego precisa profissionalizar-se de novo em outra atividade, ou reprofissionalizar-se.



Habilitação - conjunto de conhecimentos e capacidade para executar alguma atividade. O sentido da palavra é semelhante ao de qualificação, pois uma pessoa qualificada para alguma coisa deve ser também habilitada, embora a habilitação possa ser utilizada como uma espécie de especialidade.

Egresso - indivíduo que saiu ou deixou um estabelecimento - por exemplo, um hospital, uma escola de ensino médio, antigo 2º grau ou colégio.

Itinerário - relativo a caminho que se vai percorrer.

- **Técnico** - com o fim de proporcionar habilitação profissional a alunos *egressos* do ensino médio;
- **Tecnológico** - que corresponde aos cursos de nível superior na área tecnológica, destinados a egressos do ensino médio e técnico.

Especificamente sobre a Qualificação Profissional para a área de Enfermagem, o Parecer nº 10/2000 da Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação estipula que o requisito para entrar no curso de auxiliar de enfermagem é a conclusão do ensino fundamental. E o curso de Auxiliar de Enfermagem faz parte do itinerário para a formação de técnicos, representando um módulo ou um primeiro patamar dessa formação.

4- CÓDIGO DE ÉTICA DOS PROFISSIONAIS DE ENFERMAGEM (CEPE)



O Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (CEPE) contém normas, princípios, direitos e deveres pertinentes à conduta ética do profissional, que deverão ser assumidos por todos.

Além do código de ética, o exercício profissional é limitado pelo Código Penal Brasileiro (CPB). O Código de Ética Profissional de Enfermagem está relacionado às ações dos profissionais de enfermagem e o Código Penal Brasileiro se relaciona ao profissional como cidadão.

Diante disso, destacamos a abordagem em ambos os códigos de alguns temas polêmicos tais como bioética, aborto, eutanásia, imperícia, imprudência e negligência, porque todos os profissionais poderão responder a estas duas instâncias.

Bioética pode ser definida como a ética aplicada aos problemas da vida e da saúde dos indivíduos e das coletividades. Preocupa-se com os problemas éticos que envolvem a vida tais como métodos de fecundação, pesquisas em seres humanos, transplantes, eutanásia, aborto entre outros.

Aborto é a interrupção da gravidez que pode ser espontânea ou provocada. O aborto espontâneo acontece por causas naturais e o provocado acontece por intervenção específica para interromper a gestação. No Brasil, em duas situações previstas no CPB (artigo 198) é permitida a realização do aborto, quando a mãe corre risco de vida ou quando a gestação é decorrente de estupro.

No artigo 45 do CEPE é vedado aos profissionais de enfermagem “provocar aborto, ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação”. Entretanto, nos casos previstos em Lei, fica a critério do profissional de enfermagem a participação no ato abortivo.

Eutanásia é uma palavra de origem grega que significa “morte boa”, sem dor, sofrimento ou angústia. Mas, na área de saúde, esse termo tem sido usado para qualquer forma de antecipar a morte. A eutanásia é classificada como ativa (positiva ou direta) e passiva (negativa e indireta). A eutanásia ativa trata-se de uma ação pela qual se põe fim à vida de uma pessoa enferma, seja a pedido dela ou a sua revelia. Na passiva, evita-se a aplicação de uma terapia médica com a qual se poderia prolongar a vida da pessoa enferma.

O CEPE, em seu artigo 46, proíbe que o profissional de enfermagem promova ou coopere na prática destinada a antecipar a morte do cliente e o CPB, em seu artigo 121, considera como homicídio culposos.

Imperícia refere-se à falta de conhecimento técnico científico para a realização de determinada ação. Exemplo: a realização da cateterização vesical pelo auxiliar de enfermagem sem o devido treinamento, colocando em risco a saúde da pessoa sob seus cuidados.

Negligência trata-se de descuido e/ou desatenção na realização de uma atividade. Exemplos: a administração de uma medicação ao cliente errado; ou não elevar as grades das camas de pacientes confusos ou com agitação psicomotora.

Imprudência está relacionada à precipitação, ou seja, à realização de ações de enfermagem sem cautela, não respeitando as normas de segurança. Exemplo, administrar uma medicação sem que haja a confirmação da presença de fatores alérgicos.

O CEPE, em seu capítulo sobre as responsabilidades, no artigo 16, prevê “assegurar ao cliente uma Assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência”, sendo fundamental que os profissionais saibam o significado desses conceitos com a finalidade de se defender de uma possível acusação.

5- CONCLUSÃO

Para melhorar a qualidade da assistência de enfermagem, prestada aos pacientes em todos os serviços de saúde, a qualificação é uma condição imprescindível, bem como a periódica atualização de conhecimentos e práticas, porque os conhecimentos técnicos e científicos são contínuos e a cada dia novas e sofisticadas tecnologias são instaladas nos serviços de saúde.



Na área da enfermagem, também, surgem tendências e novas metodologias de trabalho como, por exemplo, a internação domiciliar e o atendimento de enfermagem domiciliar, que em todos os países do mundo, desenvolvidos ou em desenvolvimento, estão se impondo como uma melhor forma de se atender o paciente, proporcionar economia de leitos hospitalares e de recursos financeiros.

Atualmente, não há dúvida de que, na equipe de saúde, o auxiliar de enfermagem é elemento-chave para que as ações de saúde cheguem até o paciente e sua família. Para corresponder efetivamente ao que os serviços esperam de todos os profissionais, o esforço individual para uma preparação adequada é fundamental.

Cada um de nós pode entrar nessa história e enriquecê-la com o trabalho consciencioso realizado no dia-a-dia, identificando falhas, apontando soluções e fazendo sugestões para melhorar os serviços. Executar ética e tecnicamente as atividades confiadas aos trabalhadores da área de enfermagem não significa apenas a satisfação do dever cumprido, mas a satisfação de saber-se participante da grande tarefa de colaborar para que todos possam ter um melhor nível de saúde. Dessa forma, estaremos construindo coletivamente uma nova História da Enfermagem.

Aqui termina nossa breve viagem pelo tempo e espaço, por meio da qual tomamos conhecimento de fatos importantes que marcaram a criação da enfermagem como profissão e como ela se firmou no Brasil através do trabalho pioneiro das primeiras enfermeiras - que lutaram para aprovar leis e decretos que, aos poucos, conquistaram novos espaços para os integrantes da equipe de enfermagem e tornaram a profissão cada vez mais reconhecida e valorizada em nossa sociedade.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, *Qualificação profissional e saúde com qualidade*. In Revista Formação. Brasília: Ministério da Saúde/PROFAE. Janeiro de 2001, Vol. 01.

CANTO-SPERBER M. *Dictionnaire d'Éthique et de Philosophie Morale*. Paris: Presses Universitaires de France, 1997.

CARVALHO, AC. *Associação Brasileira de Enfermagem: 1926-1976*, documentário, Brasília, ABEn, 1976.

_____. *Histórico da Escola de Enfermagem "Lauriston Job Lane"*. Rev. Bras. Enf., v.18, nº 2-3, p. 151-156, 1965.

COLLIERE, MF. *Promover a vida*. Trad. p/Maria Leonor Braga Abecasis. Lisboa: Printipo, 1989.

- CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM – COFEN. *Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem*. Rio de Janeiro, 1993.
- GAARDER J. *O Mundo de Sofia*. Tradução de João Azenha Jr. São Paulo: Ed. Companhia das Letras, 1995.
- ISRAEL G. & VELLOZO, V. *Mulher e Saúde: Práticas Educativas em 11 Municípios*. Rio de Janeiro: Ed. Instituto Brasileiro de Administração Municipal – IBAM, 1996.
- _____. *Dignidade e Solidariedade: a mudança é possível*. In Bioética: Vida e Morte Femininas. Rio de Janeiro: Ed. Rede Saúde Regional Rio, 2001 (no prelo).
- LIMA, M.J. *O que é enfermagem*. São Paulo: Brasiliense, 1993.
- MIRANDA, CML. *O risco e o bordado: um estudo sobre a formação da identidade profissional*. Rio de Janeiro: Editora Anna Nery/UF RJ, 1996.
- MOREIRA, A. *Escola de Enfermagem Alfredo Pinto - 100 anos de história*. Rio de Janeiro. Dissertação de Mestrado, Universidade do Rio de Janeiro – UNIRIO, 1990.
- OGUISSO, T & SCHMIDT, MJ. *O exercício da enfermagem - uma abordagem ético-legal*. São Paulo: Ed. LTr, 1999.
- PADILHA, MCS *et alli*, *O legado e o (re)negado – A enfermagem e as ordens/ associações religiosas, in* Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis, jan/abr, 1998.
- PAIXÃO, W. *Páginas da história da enfermagem*. Rio de Janeiro, Escola de Enfermagem Anna Nery, 1951.
- PERROT, M. *Mulheres públicas*. São Paulo: Editora Unesp, 1998.
- PESSINI, L. *Morrer com dignidade*. 2 edição, São Paulo: Editora Santuário, 1995.
- REIBNITZ, K.S., Prado, Marta Lenise. *Fundamentando o Exerício Profissional de Auxiliar de Enfermagem*. 2º Edição, Santa Catarina: NFR/SPB, CCS-UFSC, 1997.
- SANTOS Fº L. *História geral da medicina brasileira*. São Paulo: Hucitec, 1991, 2 vol.
- SEYMER, L. *Florence Nightingale*. São Paulo: Melhoramentos, s/d.
- SILVA, T. A. *O saber das parteiras e o saber dos médicos: um estudo sobre a mudança da concepção sobre o nascimento na sociedade brasileira*. Dissertação de mestrado, CPDA, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro. 1999.
- SÓRIO, R. *Metáforas da Enfermagem*. In Cadernos da REDEH, Salvador, Ano I, nº 2, 1991.

Anexo I

Lei Nº 775, de 6 de agosto de 1949

Dispõe sobre o ensino de enfermagem no País e dá outras providências

O PRESIDENTE DA REPÚBLICA, faço saber que o CONGRESSO NACIONAL decreta e eu promulgo a seguinte Lei:

Art 1º O ensino de enfermagem compreende dois cursos ordinárias:

- a) curso de enfermagem;
- b) curso de auxiliar de enfermagem.

Art 2º O curso de enfermagem terá a duração de trinta e seis meses, compreendidos os estágios práticos, de acordo com o Regulamento que for expedido.

Art 3º O curso de auxiliar de enfermagem será de dezoito meses.

Art 4º Para a matrícula em qualquer dos cursos apresentará o candidato:

- a) certidão de registro civil, que prove a idade mínima de dezesseis anos e a máxima de trinta e oito;
- b) atestados de sanidade física e mental e de vacinação;
- c) atestado de idoneidade moral.

Art 5º Para a matrícula no curso de enfermagem é exigido, além dos documentos relacionados no artigo 4º, o certificado de conclusão do curso secundário.

Parágrafo único. Durante o prazo de sete anos, a partir da publicação da presente Lei, será permitida a matrícula a quem apresentar, além dos documentos relacionados no artigo 4º, qualquer das seguintes provas:

- a) certificado de conclusão de curso ginásial;
- b) certificado do curso comercial;
- c) diploma ou certificado de curso normal.

Art 6º Para a matrícula no curso de auxiliar de enfermagem exigirá-se uma das seguintes provas:

- a) certificado de conclusão do curso primário, oficial ou reconhecido;
- b) certificado de aprovação no exame de admissão ao primeiro ano ginásial, em curso oficial ou reconhecido;
- c) certificado de aprovação no exame de admissão.

Parágrafo único. O exame de admissão, que será prestado perante a própria escola, constará de provas sobre noções de português, aritmética, geografia e história do Brasil.

Art 7º Verificado excesso de candidatos sobre o limite de matrículas iniciais no curso de enfermagem, serão todos submetidos a concurso de seleção, elaborado pelo órgão competente do Ministério da Educação e Saúde.

Art 8º O Regulamento disporá sobre o currículo de cada curso, o regime escolar, as condições de promoção e as de graduação e funcionamento dos cursos de *pós*-graduação, inclusive a enfermagem de saúde pública e as instruções para autorização de funcionamento dos referidos cursos.

Art 9º O Regulamento de que trata a presente Lei deverá ser expedido pelo poder competente, dentro do prazo improrrogável de noventa dias, a contar da publicação desta Lei.

Art 10. Para que um curso de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem se organize e entre a funcionar, é indispensável autorização prévia do Governo Federal, a qual se processará nos termos do Regulamento a que se refere o artigo desta Lei.

Parágrafo único. A Diretoria do Ensino Superior do Ministério da Educação e Saúde promoverá as verificações que, reunidas em relatório, serão submetidas, com parecer, ao Ministério da Educação e Saúde, a qual expedirá portaria de autorização para funcionamento, válida pelo período de dois anos.

Art 11. Decorrido o primeiro ano letivo, o estabelecimento será obrigado a requerer, dentro de sessenta dias, o reconhecimento do curso, sob pena de ser cassada a autorização.

Art 12. Quando o aconselharem razões de natureza didática ou de interesse público, o Conselho Nacional de Educação poderá propor a prorrogação da autorização por um ano letivo. Cabe-lhe, ainda, decidir na forma da lei sobre a transferência de alunos regularmente matriculados, quando negado o reconhecimento do curso.

Art 13. Ao aluno que houver concluído o curso de enfermagem será, expedido diploma; ao que houver concluído o curso de auxiliar de enfermagem, será expedido certificado.

Art 14. A concessão de reconhecimento de curso far-se-á mediante decreto do Presidente da República, sendo indispensável prévio parecer favorável do Conselho Nacional de Educação.

Art 15. Os cursos de enfermagem atualmente equiparados passam à categoria de cursos reconhecidos.

Art 16. Os alunos e ex-alunos diplomados pelas escolas oficiais de enfermagem, uma vez organizado o curso de enfermagem, poderão receber o diploma a que se refere o artigo 13 desde que sejam aprovados em todas as matérias do currículo de trinta e seis meses, de acordo com o artigo 2º.

§ 1º As escolas oficiais de enfermagem já existentes são autorizadas a manter cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, de acordo com a presente Lei.

§ 2º O Poder Executivo expedirá novo regulamento para essas escolas.

Art 17. Os estabelecimentos que mantêm cursos de enfermagem e de auxiliar de enfermagem, autorizados ou reconhecidos, serão fiscalizados de acordo com as instruções aprovadas pelo Ministério da Educação e Saúde.

§ 1º Essa fiscalização será executada sem ônus algum para as escolas.

§ 2º Até que seja criado o órgão próprio para cuidar dos assuntos referentes ao ensino de enfermagem, a fiscalização será feita por inspetores itinerantes diplomados em enfermagem e subordinados à Diretoria do Ensino do Ministério da Educação e Saúde.

Art 18. Uma vez instalado o órgão próprio no Ministério da Educação e Saúde, será realizada, de acordo com as instruções que forem baixadas, prova de habilitação para o exercício da função de inspetor, de que trata a presente Lei, exigida do candidato a apresentação do diploma de enfermagem por escola oficial ou reconhecida.

Art 19. As atuais escolas de enfermagem ou de auxiliar de enfermagem, ainda não autorizadas ou reconhecidas, existentes no País, ao ser publicada esta Lei, deverão requerer, dentro dos sessenta dias imediatos a essa publicação, a respectiva autorização do Poder Executivo.

Parágrafo único. Será concedido o reconhecimento imediato, se a autoridade encarregada da inspeção comprovar, que a escola satisfaz às exigências da presente Lei.

Art 20. Em cada Centro Universitário ou sede de Faculdade de Medicina, deverá haver escola de enfermagem, com os dois cursos de que trata o **Art. 1º**.

Art 21. As instituições hospitalares, públicas ou privadas, decorridos sete anos, após a publicação desta Lei, não poderão contratar, para a direção dos seus serviços de enfermagem, senão enfermeiros diplomados.

Art 22. Aos atuais cursos de enfermagem obstétrica será facultada a adaptação às exigências da presente Lei, de modo que se convertam em cursos de enfermagem e de auxiliares de enfermagem, destinados à formação de enfermeiras e de auxiliares de enfermeiras especializadas para a assistência obstétrica.

Art 23. O Poder Executivo subvencionará todas as escolas de enfermagem que vierem a ser fundadas, no País e diligenciará no sentido de ampliar o amparo financeiro concedido às escolas já existentes.

Art 24. A presente Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Rio de Janeiro, 6 de agosto de 1949; 128º
da Independência e 61º da República.

Eurico G. Dutra
Clemente Mariani

Anexo II

Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973

Dispõe sobre a criação dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e dá outras providências

O Presidente da República

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º. São criados o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) e os Conselhos Regionais de Enfermagem (COREN), constituindo em seu conjunto uma autarquia, vinculada ao Ministério do Trabalho e Previdência Social.

Art. 2º. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais são órgãos disciplinadores do exercício da profissão de enfermeiro e das demais profissões compreendidas nos serviços de Enfermagem.

Art. 3º. O Conselho Federal, ao qual ficam subordinados os Conselhos Regionais, terá jurisdição em todo o território nacional e sede na Capital da República.

Art. 4º. Haverá um Conselho Regional em cada Estado e Território, com sede na respectiva capital, e no Distrito Federal.

Parágrafo único. O Conselho Federal poderá, quando o número de profissionais habilitados na unidade da federação for inferior a cinquenta, determinar a formação de regiões, compreendendo mais de uma unidade.

Art. 5º. O Conselho Federal terá nove membros efetivos e igual número de suplentes, de nacionalidade brasileira, e portadores de diploma de curso de Enfermagem de nível superior.

Art. 6º. Os membros do Conselho Federal e respectivos suplentes serão eleitos por maioria de votos, em escrutínio secreto, na Assembleia dos Delegados Regionais.

Art. 7º. O Conselho Federal elegerá dentre seus membros, em sua primeira reunião, o Presidente, o Vice-presidente, o Primeiro e o Segundo Secretários e o Primeiro e o Segundo Tesoureiros.

Art. 8º. Compete ao Conselho Federal:

- I - aprovar seu regimento interno e os dos Conselhos Regionais;
- II - instalar os Conselhos Regionais;

- III - elaborar o Código de Deontologia de Enfermagem e alterá-lo, quando necessário, ouvidos os Conselhos Regionais;
- IV - baixar provimentos e expedir instruções, para uniformidade de procedimento e bom funcionamento dos Conselhos Regionais;
- V - dirimir as dúvidas suscitadas pelos Conselhos Regionais;
- VI - apreciar, em grau de recursos, as decisões dos Conselhos Regionais;
- VII - instituir o modelo das carteiras profissionais de identidade e as insígnias da profissão;
- VIII - homologar, suprir ou anular atos dos Conselhos Regionais;
- IX - aprovar anualmente as contas e a proposta orçamentária da autarquia, remetendo-as aos órgãos competentes;
- X - promover estudos e campanhas para aperfeiçoamento profissional;
- XI - publicar relatórios anuais de seus trabalhos;
- XII - convocar e realizar as eleições para sua diretoria;
- XIII - exercer as demais atribuições que lhe forem conferidas por lei.

Art. 9º - O mandato dos membros do Conselho Federal será honorífico e terá a duração de três anos, admitida uma reeleição.

Art. 10 - A receita do Conselho Federal de Enfermagem será constituída de:

- I - um quarto da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- II - um quarto das multas aplicadas pelos Conselhos Regionais;
- III - um quarto das anuidades recebidas pelos Conselhos Regionais;
- IV - doações e legados;
- V - subvenções oficiais;
- VI - rendas eventuais.

Parágrafo único. Na organização dos quadros distintos para inscrição de profissionais o Conselho Federal de Enfermagem adotará como critério, no que couber, o disposto na Lei nº 2.604, de 17 de setembro 1955.

Art. 11. Os Conselhos Regionais serão instalados em suas respectivas sedes, com cinco a vinte e um membros e outros tantos suplentes, todos de nacionalidade brasileira, na proporção de três quintos de Enfermeiros e dois quintos de profissionais das demais categorias do pessoal de Enfermagem reguladas em lei.

Parágrafo único. O número de membros dos Conselhos Regionais será sempre ímpar, e a sua fixação será feita pelo Conselho Federal, em proporção ao número de profissionais inscritos.

Art. 12. Os membros dos Conselhos Regionais e respectivos suplentes serão eleitos por voto pessoal, secreto e obrigatório, em época determinada pelo Conselho Federal, em Assembléia Geral especialmente convocada para esse fim.

§ 1º. Para a eleição referida neste artigo serão organizadas chapas separadas, uma para enfermeiros e outra para os demais profissionais de Enfermagem, podendo votar, em cada chapa, respectivamente, os profissionais referidos no artigo 11.

§ 2º. Ao eleitor que, sem causa justa, deixar de votar nas eleições referidas neste artigo, será aplicada pelo Conselho Regional multa em importância correspondente ao valor da anuidade.

Art. 13. Cada Conselho Regional elegerá seu Presidente, Secretário e Tesoureiro, admitida a criação de cargos de Vice-presidente, Segundo-secretário e Segundo-tesoureiro, para os Conselhos com mais de doze membros.

Art. 14. O mandato dos membros dos Conselhos Regionais será honorífico e terá duração de três anos, admitida uma reeleição.

Art. 15. Compete aos Conselhos Regionais;

- I- deliberar sobre inscrição no Conselho e seu cancelamento;
- II - disciplinar e fiscalizar o exercício profissional, observadas as diretrizes gerais do Conselho Federal;
- III - fazer executar as instruções e provimentos do Conselho Federal;
- IV - manter o registro dos profissionais com exercício na respectiva jurisdição;
- V - conhecer e decidir os assuntos atinentes à ética profissional, impondo as penalidades cabíveis;
- VI - elaborar a sua proposta orçamentária anual e o projeto de seu regimento interno e submetê-los à aprovação do Conselho Federal;
- VII - expedir a carteira profissional indispensável ao exercício da profissão, a qual terá fé pública em todo o território nacional e servirá de documento de identidade;
- VIII - zelar pelo bom conceito da profissão e dos que a exercem;
- IX - publicar relatórios anuais de seus trabalhos e relação dos profissionais registrados;

- X - propor ao Conselho Federal medidas visando à melhoria do exercício profissional;
- XI - fixar o valor da anuidade;
- XII - apresentar sua prestação de contas ao Conselho Federal, até o dia 28 de fevereiro de cada ano;
- XIII - eleger sua diretoria e seus delegados eleitores ao Conselho Federal;
- XIV - exercer as demais atribuições que lhes forem conferidas por esta Lei ou pelo Conselho Federal.

Art. 16. A renda dos Conselhos Regionais será constituída de:

- I - três quartos da taxa de expedição das carteiras profissionais;
- II - três quartos das multas aplicadas;
- III - três quartos das anuidades;
- IV - doações e legados;
- V - subvenções oficiais, de empresas ou entidades particulares;
- VI - rendas eventuais.

Art. 17. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais deverão reunir-se, pelo menos, uma vez mensalmente.

Parágrafo único. O Conselheiro que faltar, durante o ano, sem licença prévia do respectivo Conselho, a cinco reuniões perderá o mandato.

Art. 18. Aos infratores do Código de Deontologia de Enfermagem poderão ser aplicadas as seguintes penas:

- I - advertência verbal;
- II - multa;
- III - censura;
- IV - suspensão do exercício profissional;
- V - cassação do direito ao exercício profissional.

§ 1º. As penas referidas nos incisos I, II, III e IV deste artigo são da alçada dos Conselhos Regionais e a referida no inciso V, do Conselho Federal, ouvido o Conselho Regional interessado.

§ 2º. O valor das multas, bem como as infrações que implicam nas diferentes penalidades, serão disciplinados no regimento do Conselho Federal e dos Conselhos Regionais.

Art. 19. O Conselho Federal e os Conselhos Regionais terão tabela própria de pessoal, cujo regime será o da Consolidação das Leis do Trabalho.

Art. 20. A responsabilidade pela gestão administrativa e financeira dos Conselhos caberá aos respectivos diretores.

Art. 21. A composição do primeiro Conselho Federal de Enfermagem, com mandato de um ano, será feito por ato do Ministro do Trabalho e Previdência Social, mediante indicação, em lista tríplice, da Associação Brasileira de Enfermagem.

Parágrafo único. Ao Conselho Federal assim constituído caberá, além das atribuições previstas nesta Lei:

- a) promover as primeiras eleições para composição dos Conselhos Regionais e instalá-los;
- b) promover as primeiras eleições para composição do Conselho Federal, até noventa dias antes do término do seu mandato.

Art. 22. Durante o período de organização do Conselho Federal de Enfermagem, o Ministério do Trabalho e Previdência Social lhe facilitará a utilização de seu próprio pessoal, material e local de trabalho.

Art. 23. Esta Lei entrará em vigor na data da sua publicação, revogadas as disposições em contrário.

Brasília, 12 de julho de 1973.

(Ass.) **Emílio G. Médici**, *Presidente da República*, e **Júlio Barata**,
Ministro do Trabalho e Previdência Social

Anexo III

Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986

Dispõe sobre a regulamentação do exercício da Enfermagem e dá outras providências

O presidente da República.

Faço saber que o Congresso Nacional decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º - É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta Lei.

Art. 2º - A Enfermagem e suas atividades Auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício.

Parágrafo único - A Enfermagem é exercida privativamente pelo Enfermeiro, pelo Técnico de Enfermagem, pelo Auxiliar de Enfermagem e pela Parteira, respeitadas os respectivos graus de habilitação.

Art. 3º - O planejamento e a programação das instituições e serviços de saúde incluem planejamento e programação de Enfermagem.

Art. 4º - A programação de Enfermagem inclui a prescrição da assistência de Enfermagem.

Art. 5º - (vetado)

§ 1º - (vetado)

§ 2º - (vetado)

Art. 6º - São enfermeiros:

- I - o titular do diploma de enfermeiro conferido por instituição de ensino, nos termos da lei;
- II - o titular do diploma ou certificado de obstetrix ou de enfermeira obstétrica, conferidos nos termos da lei;
- III - o titular do diploma ou certificado de Enfermeira e a titular do diploma ou certificado de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix, ou equivalente, conferido por escola estrangeira segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Enfermeiro, de Enfermeira Obstétrica ou de Obstetrix;
- IV - aqueles que, não abrangidos pelos incisos anteriores, obtiverem título de Enfermeiro conforme o disposto na alínea “d” do **Art. 3º**. do Decreto nº 50.387, de 28 de março de 1961.

Art. 7º. São técnicos de Enfermagem:

- I - o titular do diploma ou do certificado de Técnico de Enfermagem, expedido de acordo com a legislação e registrado pelo órgão competente;
- II - o titular do diploma ou do certificado legalmente conferido por escola ou curso estrangeiro, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como diploma de Técnico de Enfermagem.

Art. 8º - São Auxiliares de Enfermagem:

- I - o titular do certificado de Auxiliar de Enfermagem conferido por instituição de ensino, nos termos da Lei e registrado no órgão competente;
- II - o titular do diploma a que se refere a Lei nº 2.822, de 14 de junho de 1956;
- III - o titular do diploma ou certificado a que se refere o inciso III do **Art. 2º** da Lei nº 2.604, de 17 de setembro de 1955, expedido até a publicação da Lei nº 4.024, de 20 de dezembro de 1961;
- IV - o titular de certificado de Enfermeiro Prático ou Prático de Enfermagem, expedido até 1964 pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia, do Ministério da Saúde, ou por órgão congênere da Secretaria de Saúde nas Unidades da Federação, nos termos do Decreto-lei nº 23.774, de 22 de janeiro de 1934, do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1946, e da Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- V - o pessoal enquadrado como Auxiliar de Enfermagem, nos termos do Decreto-lei nº 299, de 28 de fevereiro de 1967;
- VI - o titular do diploma ou certificado conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de acordo de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil como certificado de Auxiliar de Enfermagem.

Art. 9º - São Parteiras:

- I - a titular de certificado previsto no **Art. 1º** do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de janeiro de 1964, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959;
- II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira.

Art. 10 - (vetado)

Art. 11 - O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe:

I - privativamente:

- a) direção do órgão de Enfermagem integrante da estrutura básica da instituição de saúde, pública ou privada, e chefia de serviço e de unidade de Enfermagem;
- b) organização e direção dos serviços de Enfermagem e de suas atividades técnicas e auxiliares nas empresas prestadoras desses serviços;
- c) planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de Enfermagem;
- d) - (vetado)
- e) - (vetado)
- f) - (vetado)
- g) - (vetado)
- h) consultoria, auditoria e emissão de parecer sobre matéria de Enfermagem;
- i) consulta de Enfermagem;
- j) prescrição da assistência de Enfermagem;
- l) cuidados diretos de Enfermagem a pacientes graves com risco de vida;
- m) cuidados de Enfermagem de maior complexidade técnica e que exijam conhecimentos de base científica e capacidade de tomar decisões imediatas;

II - como integrante da equipe de saúde:

- a) participação no planejamento, execução e avaliação da programação de saúde;
- b) participação na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde;
- c) prescrição de medicamentos estabelecidos em programas de saúde pública e em rotina aprovada pela Instituição de saúde;
- d) participação em projetos de construção ou reforma de unidades de internação;
- e) prevenção e controle sistemática de infecção hospitalar e de doenças transmissíveis em geral;
- f) prevenção e controle sistemático de danos que possam ser causados à clientela durante a assistência de Enfermagem;

- g) assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera;
- h) acompanhamento da evolução e do trabalho de parto;
- i) execução do parto sem distocia;
- j) educação visando à melhoria de saúde da população;

Parágrafo único - às profissionais referidas no inciso II do **Art. 6º** desta Lei incumbe, ainda:

- a) assistência à parturiente e ao parto normal;
- b) identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico;
- c) realização de episiotomia e episiorrafia e aplicação de anestesia local, quando necessária.

Art. 12 - O Técnico de Enfermagem exerce atividade de nível médio, envolvendo orientação e acompanhamento do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar, e participação no planejamento da assistência de Enfermagem, cabendo-lhe especialmente:

- a) participar da programação da assistência de Enfermagem;
- b) executar ações assistenciais de Enfermagem, exceto as privativas do Enfermeiro, observado o disposto no Parágrafo único do **Art. 11** desta Lei;
- c) participar da orientação e supervisão do trabalho de Enfermagem em grau auxiliar;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 13 - O Auxiliar de Enfermagem exerce atividades de nível médio, de natureza repetitiva, envolvendo serviços auxiliares de Enfermagem sob supervisão, bem como a participação em nível de execução simples, em processos de tratamento, cabendo-lhe especialmente:

- a) observar, reconhecer e descrever sinais e sintomas;
- b) executar ações de tratamento simples;
- c) prestar cuidados de higiene e conforto ao paciente;
- d) participar da equipe de saúde.

Art. 14 - (vetado)

Art. 15 - As atividades referidas nos arts. 12 e 13 desta Lei, quando exercidas em instituições de saúde, públicas e privadas, e em programas de saúde, somente podem ser desempenhadas sob orientação e supervisão de Enfermeiro.

Art. 16 - (vetado)

Art. 17 - (vetado)

Art. 18 - (vetado)

Parágrafo único - (vetado)

Art. 19 - (vetado)

Art. 20 - Os órgãos de pessoal da administração pública direta e indireta, federal, estadual, municipal, do Distrito Federal e dos Territórios observarão, no provimento de cargos e funções e na contratação de pessoal de Enfermagem, de todos os graus, os preceitos desta Lei.

Parágrafo único - Os órgãos a que se refere este artigo promoverão as medidas necessárias à harmonização das situações já existentes com as disposições desta Lei, respeitados os direitos adquiridos quanto a vencimentos e salários.

Art. 21 - (vetado)

Art. 22 - (vetado)

Art. 23 - O pessoal que se encontra executando tarefas de Enfermagem, em virtude de carência de recursos humanos de nível médio nesta área, sem possuir formação específica regulada em lei, será autorizado, pelo Conselho Federal de Enfermagem, a exercer atividades elementares de Enfermagem, observado o disposto no **Art. 15** desta Lei.

Parágrafo único - A autorização referida neste artigo, que obedecerá aos critérios baixados pelo Conselho Federal de Enfermagem, somente poderá ser concedida durante o prazo de 10 (dez) anos, a contar da promulgação desta Lei.

Art. 24 - (vetado)

Parágrafo único - (vetado)

Art. 25 - O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de 120 (cento e vinte) dias a contar da data de sua publicação.

Art. 26 - Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 27 - Revogam-se (vetado) as demais disposições em contrário.

Brasília, em 25 de junho de 1986, 165º
da Independência e 98º da República José Sarney

Almir Pazzianotto Pinto

Anexo IV

Resolução COFEN-240

Aprova o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem e dá outras providências.

O Conselho Federal de Enfermagem-COFEN, no uso de suas atribuições legais e regimentais;

CONSIDERANDO a Lei nº 5.905/73, em seu artigo 8º, inciso III;

CONSIDERANDO o resultado dos estudos originários de seminários realizados pelo COFEN com participação dos diversos segmentos da profissão;

CONSIDERANDO o que consta dos PADs COFEN nºs 83/91, 179/91, 45/92 e 119/92;

CONSIDERANDO a deliberação do Plenário em sua 288ª Reunião Ordinária;

RESOLVE:

Art. 1º - Fica aprovado o Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, para aplicação na jurisdição de todos os Conselhos de Enfermagem.

Art. 2º - Todos os profissionais de Enfermagem poderão conhecer o inteiro teor do presente Código, bastando para tanto, requerê-lo no Conselho Regional de Enfermagem do Estado onde exerce suas atividades.

Art. 3º - Aplicam-se aos Atendentes de Enfermagem e assemelhados que exercem atividades na área de Enfermagem, todos os preceitos contidos no Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 4º - Este ato resolucional entrará em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário, em especial, as Resoluções COFEN-160/93, 161/93 e 201/97.

Rio de Janeiro, 30 de agosto de 2000.

Gilberto Linhares Teixeira (COREN-RJ Nº 2.380)

Presidente

João Aureliano Amorim de Sena (COREN-RN Nº 9.176)

Primeiro Secretário

Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem

CAPÍTULO I

Dos Princípios Fundamentais

Art. 1º - A Enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde do ser humano e da coletividade. Atua na promoção, proteção, recuperação da saúde e reabilitação das pessoas, respeitando os preceitos éticos e legais.

Art. 2º - O profissional de Enfermagem participa, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população.

Art. 3º - O profissional de Enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos da pessoa humana, em todo o seu ciclo vital, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 4º - O profissional de Enfermagem exerce suas atividades com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 5º - O profissional de Enfermagem presta assistência a saúde visando a promoção do ser humano como um todo.

Art. 6º - O profissional de Enfermagem exerce a profissão com autonomia, respeitando os preceitos legais da Enfermagem.

CAPÍTULO II

Dos Direitos

Art. 7º - Recusar-se a executar atividades que não sejam de sua competência legal.

Art. 8º - Ser informado sobre o diagnóstico provisório ou definitivo de todos os clientes que estejam sob sua assistência.

Art. 9º - Recorrer ao Conselho Regional de Enfermagem, quando impedido de cumprir o presente Código e a Lei do Exercício Profissional.

Art. 10 - Participar de movimentos reivindicatórios por melhores condições de assistência, de trabalho e remuneração.

Art. 11 - Suspender suas atividades, individual ou coletivamente, quando a instituição pública ou privada para a qual trabalhe não oferecer condições mínimas para o exercício profissional, ressalvadas as situações de urgência e emergência, devendo comunicar imediatamente sua decisão ao Conselho Regional de Enfermagem.

Parágrafo único - Ao cliente sob sua responsabilidade, deve ser garantida a continuidade da assistência de Enfermagem.

Art. 12 - Receber salários ou honorários pelo seu trabalho que deverá corresponder, no mínimo, ao fixado por legislação específica.

Art. 13 - Associar-se, exercer cargos e participar das atividades de entidades de classe.

Art. 14 - Atualizar seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais.

Art. 15 - Apoiar as iniciativas que visem ao aprimoramento profissional, cultural e a defesa dos legítimos interesses de classe.

CAPÍTULO III

Das Responsabilidades

Art. 16 - Assegurar ao cliente uma assistência de Enfermagem livre de danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência.

Art. 17 - Avaliar criteriosamente sua competência técnica e legal e somente aceitar encargos ou atribuições, quando capaz de desempenho seguro para si e para a clientela.

Art. 18 - Manter-se atualizado ampliando seus conhecimentos técnicos, científicos e culturais, em benefício da clientela, coletividade e do desenvolvimento da profissão.

Art. 19 - Promover e/ou facilitar o aperfeiçoamento técnico, científico e cultural do pessoal sob sua orientação e supervisão.

Art. 20 - Responsabilizar-se por falta cometida em suas atividades profissionais, independente de ter sido praticada individualmente ou em equipe.

CAPÍTULO IV

Dos Deveres

Art. 21 - Cumprir e fazer cumprir os preceitos éticos e legais da profissão.

Art. 22 - Exercer a enfermagem com justiça, competência, responsabilidade e honestidade.

Art. 23 - Prestar assistência de Enfermagem à clientela, sem discriminação de qualquer natureza.

Art. 24 - Prestar à clientela uma assistência de Enfermagem livre dos riscos decorrentes de imperícia, negligência e imprudência.

Art. 25 - Garantir a continuidade da assistência de Enfermagem.

Art. 26 - Prestar adequadas informações ao cliente e família a respeito da assistência de Enfermagem, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer.

Art. 27 - Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.

Art. 28 - Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.

Art. 29 - Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.

Art. 30 - Colaborar com a equipe de saúde no esclarecimento do cliente e família sobre o seu estado de saúde e tratamento, possíveis benefícios, riscos e conseqüências que possam ocorrer.

Art. 31 - Colaborar com a equipe de saúde na orientação do cliente ou responsável, sobre os riscos dos exames ou de outros procedimentos aos quais se submeterá.

Art. 32 - Respeitar o ser humano na situação de morte e pós-morte.

Art. 33 - Proteger o cliente contra danos decorrentes de imperícia, negligência ou imprudência por parte de qualquer membro da equipe de saúde.

Art. 34 - Colocar seus serviços profissionais à disposição da comunidade em casos de emergência, epidemia e catástrofe, sem pleitear vantagens pessoais.

Art. 35 - Solicitar consentimento do cliente ou do seu representante legal, de preferência por escrito, para realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino em Enfermagem, mediante apresentação da informação completa dos objetivos, riscos e benefícios, da garantia do anonimato e sigilo, do respeito a privacidade e intimidade e a sua liberdade de participar ou declinar de sua participação no momento que desejar.

Art. 36 - Interromper a pesquisa na presença de qualquer perigo a vida e a integridade da pessoa humana.

Art. 37 - Ser honesto no relatório dos resultados da pesquisa.

Art. 38 - Tratar os colegas e outros profissionais com respeito e consideração.

Art. 39 - Alertar o profissional, quando diante de falta cometida por imperícia, imprudência e negligência.

Art. 40 - Comunicar ao Conselho Regional de Enfermagem fatos que infrinjam preceitos do presente Código e da Lei do Exercício Profissional.

Art. 41 - Comunicar formalmente ao Conselho Regional de Enfermagem fatos que envolvam recusa ou demissão de cargo, função ou emprego, motivados pela necessidade do profissional em preservar os postulados éticos e legais da profissão.

CAPÍTULO V

Das Proibições

Art. 42 - Negar assistência de Enfermagem em caso de urgência ou emergência.

Art. 43 - Abandonar o cliente em meio a tratamento sem garantia de continuidade da assistência.

Art. 44 - Participar de tratamento sem consentimento do cliente ou representante legal, exceto em iminente risco de vida.

Art. 45 - Provocar aborto ou cooperar em prática destinada a interromper a gestação.

Parágrafo único - Nos casos previstos em Lei, o profissional deverá decidir, de acordo com a sua consciência, sobre a sua participação ou não no ato abortivo.

Art. 46 - Promover a eutanásia ou cooperar em prática destinada a antecipar a morte do cliente.

Art. 47 - Ministrando medicamentos sem certificar-se da natureza das drogas que o compõem e da existência de risco para o cliente.

Art. 48 - Prescrever medicamentos ou praticar ato cirúrgico, exceto os previstos na legislação vigente e em caso de emergência.

Art. 49 - Executar a assistência de Enfermagem sem o consentimento do cliente ou seu representante legal, exceto em iminente risco de vida.

Art. 50 - Executar prescrições terapêuticas quando contrárias à segurança do cliente.

Art. 51 - Prestar ao cliente serviços que por sua natureza incumbem a outro profissional, exceto em caso de emergência.

Art. 52 - Provocar, cooperar ou ser conivente com maus-tratos.

Art. 53 - Realizar ou participar de pesquisa ou atividade de ensino, em que o direito inalienável do homem seja desrespeitado ou acarrete perigo de vida ou dano à sua saúde.

Parágrafo único - A participação do profissional de Enfermagem nas pesquisas experimentais, deve ser precedida de consentimento, por escrito, do cliente ou do seu representante legal.

Art. 54 - Publicar trabalho com elementos que identifiquem o cliente, sem sua autorização.

Art. 55 - Publicar, em seu nome, trabalho científico do qual não tenha participação ou omitir em publicações, nomes de colaboradores e/ou orientadores.

Art. 56 - Utilizar-se, sem referência ao autor ou sem autorização expressa, de dados, informações ou opiniões ainda não publicados.

Art. 57 - Sobrepor o interesse da ciência ao interesse e segurança da pessoa humana.

Art. 58 - Determinar a execução de atos contrários ao Código de Ética e demais legislações que regulamentam o exercício profissional da Enfermagem.

Art. 59 - Trabalhar e/ou colaborar com pessoas físicas e/ou jurídicas que desrespeitem princípios éticos de Enfermagem.

Art. 60 - Acumpliciar-se com pessoas ou instituições que exerçam ilegalmente atividades de Enfermagem.

Art. 61 - Pleitear cargo, função ou emprego ocupado por colega, utilizando-se de concorrência desleal.

Art. 62 - Aceitar, sem anuência do Conselho Regional de Enfermagem, cargo, função ou emprego vago em decorrência do previsto no Art. 41.

Art. 63 - Permitir que seu nome conste no quadro de pessoal de hospital, casa de saúde, unidade sanitária, clínica, ambulatório, escola, curso, empresa ou estabelecimento congênere sem nele exercer as funções de Enfermagem pressupostas.

Art. 64 - Assinar as ações de Enfermagem que não executou, bem como permitir que outro profissional assine as que executou.

Art. 65 - Receber vantagens de instituição, empresa ou de cliente, além do que lhe é devido, como forma de garantir assistência de Enfermagem diferenciada ou benefícios de qualquer natureza para si ou para outrem.

Art. 66 - Colaborar, direta ou indiretamente com outros profissionais de saúde, no descumprimento da legislação referente aos transplantes de órgãos, tecidos, esterilização ou fecundação artificial.

Art. 67 - Usar de qualquer mecanismos de pressão e/ou suborno com pessoas físicas e/ou jurídicas para conseguir qualquer tipo de vantagem.

Art. 68 - Utilizar, de forma abusiva, o poder que lhe confere a posição ou cargo, para impor ordens, opiniões, inferiorizar as pessoas e/ou dificultar o exercício profissional.

Art. 69 - Ser conivente com crime, contravenção penal ou ato praticado por membro da equipe de trabalho que infrinja postulado ético profissional.

Art. 70 - Denegrir a imagem do colega e/ou de outro membro da equipe de saúde, de entidade de classe e/ou de instituição onde trabalha.

CAPÍTULO VI

Dos Deveres Disciplinares

Art. 71 - Cumprir as normas dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Art. 72 - Atender às convocações dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, no prazo determinado.

Art. 73 - Facilitar a fiscalização do exercício profissional.

Art. 74 - Manter-se regularizado com suas obrigações financeiras com o Conselho Regional de Enfermagem.

Art. 75 - Apor o número de inscrição do Conselho Regional de Enfermagem em sua assinatura, quando no exercício profissional.

Art. 76 - Facilitar a participação dos profissionais de Enfermagem no desempenho de atividades nos órgãos de classe.

Art. 77 - Facilitar o desenvolvimento das atividades de ensino e pesquisa, devidamente aprovadas.

Art. 78 - Não apropriar-se de dinheiro, valor ou qualquer bem imóvel, público ou particular de que tenha posse, em razão do cargo, ou desviá-lo em proveito próprio ou de outrem.

Capítulo VII

Das Infrações e Penalidades

Art. 79 - A caracterização das infrações éticas e disciplinares e a aplicação das respectivas penalidades regem-se por este Código, sem prejuízo das sanções previstas em outros dispositivos legais.

Art. 80 - Considera-se infração ética a ação, omissão ou conivência que implique em desobediência e/ou inobservância às disposições do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem.

Art. 81 - Considera-se infração disciplinar a inobservância das normas dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Art. 82 - Responde pela infração quem a cometer ou concorrer para a sua prática, ou dela obtiver benefício, quando cometida por outrem.

Art. 83 - A gravidade da infração é caracterizada através da análise dos fatos e causas do dano, suas conseqüências e dos antecedentes do infrator.

Art. 84 - A infração é apurada em processo instaurado e conduzido nos termos deste Código.

Art. 85 - As penalidades a serem impostas pelos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem, conforme o que determina o Art. 18, da Lei nº 5.905, de 12 de julho de 1973, são as seguintes:

- I - Advertência verbal.
- II - Multa.
- III - Censura.
- IV - Suspensão do exercício profissional.
- V - Cassação do direito ao exercício profissional.

Parágrafo primeiro - A advertência verbal consiste numa admoestação ao infrator, de forma reservada, que será registrada no prontuário do mesmo, na presença de duas testemunhas.

Parágrafo segundo - A multa consiste na obrigatoriedade de pagamento de 01 (um) a 10 (dez) vezes o valor da anuidade da categoria profissional a qual pertence o infrator, em vigor no ato do pagamento.

Parágrafo terceiro - A censura consiste em repreensão que será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Parágrafo quarto - A suspensão consiste na proibição do exercício da Enfermagem por um período não superior a 29 (vinte e nove) dias e será divulgada nas publicações oficiais dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem.

Parágrafo quinto - A cassação consiste na perda do direito ao exercício da Enfermagem e será divulgada nas publicações dos Conselhos Federal e Regionais de Enfermagem e em jornais de grande circulação.

Art. 86 - As penalidades de advertência verbal, multa, censura e suspensão do exercício Profissional são da alçada dos Conselhos Regionais de Enfermagem; a pena de cassação do direito ao exercício Profissional é de competência do Conselho Federal de Enfermagem, conforme o disposto no Art. 18, parágrafo primeiro, da Lei nº 5.905/73.

Parágrafo único - Na situação em que o processo tiver origem no Conselho Federal de Enfermagem, terá como instância superior a Assembléia dos Delegados Regionais.

Art. 87 - Para a graduação da penalidade e respectiva imposição consideram-se:

- I - A maior ou menor gravidade da infração.
- II - As circunstâncias agravantes e atenuantes da infração.
- III - O dano causado e suas conseqüências.
- IV - Os antecedentes do infrator.

Art. 88 - As infrações serão consideradas leves, graves ou gravíssimas, conforme a natureza do ato e a circunstância de cada caso.
Parágrafo primeiro - São consideradas infrações leves as que ofendam a integridade física, mental ou moral de qualquer pessoa, sem causar debilidade.

Parágrafo segundo - São consideradas infrações graves as que provoquem perigo de vida, debilidade temporária de membro, sentido ou função em qualquer pessoa.

Parágrafo terceiro - São consideradas infrações gravíssimas as que provoquem morte, deformidade permanente, perda ou inutilização de membro, sentido, função ou ainda, dano moral irremediável em qualquer pessoa.

Art. 89 - São consideradas circunstâncias atenuantes:

I - Ter o infrator procurado, logo após a infração, por sua espontânea vontade e com eficiência, evitar ou minorar as conseqüências do seu ato.

II - Ter bons antecedentes profissionais.

III - Realizar atos sob coação e/ou intimidação.

IV - Realizar atos sob emprego real de força física.

V - Ter confessado espontaneamente a autoria da infração.

Art. 90 - São consideradas circunstâncias agravantes:

I - Ser reincidente.

II - Causar danos irreparáveis.

III - Cometer infração dolosamente.

IV - Cometer infração por motivo fútil ou torpe.

V - Facilitar ou assegurar a execução, a ocultação, a impunidade ou a vantagem de outra infração.

VI - Aproveitar-se da fragilidade da vítima.

VII - Cometer a infração com abuso de autoridade ou violação do dever inerente ao cargo ou função.

VIII - Ter mais antecedentes pessoais e/ou profissionais.

Capítulo VIII

Da Aplicação das Penalidades

Art. 91 - As penalidades previstas neste Código somente poderão ser aplicadas, cumulativamente, quando houver infração a mais de um artigo.

Art. 92 - A pena de Advertência Verbal é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16 a 26; 28 a 35; 37 a 44; 47 a 50; 52; 54; 56; 58 a 62 e 64 a 78 deste Código.

Art. 93 - A pena de Multa é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16 a 75 e 77 a 79, deste Código.

Art. 94 - A pena de Censura é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16; 17; 21 a 29; 32; 35 a 37; 42; 43; 45 a 53; 55 a 75 e 77 a 79, deste Código.

Art. 95 - A pena de Suspensão do Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16; 17; 21 a 25; 29; 32; 36; 42; 43; 45 a 48; 50 a 53; 57 a 60; 63; 66; 67; 70 a 72; 75 e 79, deste Código.

Art. 96 - A pena de Cassação do Direito ao Exercício Profissional é aplicável nos casos de infrações ao que está estabelecido nos artigos: 16; 24; 36; 42; 45; 46; 51 a 53; 57; 60; 70 e 79, deste Código.

CAPÍTULO IX

Das Disposições Gerais

Art. 97 - Os casos omissos serão resolvidos pelo Conselho Federal de Enfermagem.

Art. 98 - Este Código poderá ser alterado pelo Conselho Federal de Enfermagem, por iniciativa própria e/ou mediante proposta de Conselhos Regionais.

Parágrafo único - A alteração referida deve ser precedida de ampla discussão com a categoria.

Art. 99 - O presente Código entrará em vigor na data de sua publicação, revogando os demais disposições em contrário.