

A ENFERMAGEM DOMICILIÁRIA NO TRATAMENTO DA DIARRÉIA INFANTIL

*Daisy Leslie Steagall Gomes **

*Marcia Caron Ruffino ***

*Marisa Favaretto ***

*Taeko Nagasako ***

*Tereza Morya ***

I — INTRODUÇÃO

A diarréia constitui sério problema em crianças de nosso meio. Incide com maior freqüência nas populações que estão mais expostas aos agravos do meio-ambiente, pela restrição ou às vezes ausência de condições sanitárias adequadas. Como suas condições sócio-econômicas são insuficientes para atender às necessidades básicas, expondo as crianças de baixa idade, são expostas muito cedo aos riscos da doença, o que contribui para aumentar as cifras de mortalidade infantil.

“Assim, para 1969, estimou-se que teriam ocorrido no País 536.000 óbitos de crianças de menos de 5 anos de idade, dos quais 410.000 de menores de 1 ano, correspondendo a uma taxa de mortalidade infantil de 105 por 1.000 nascidos vivos, e 126.000 de crianças de 1 a 4 anos de idade, correspondendo a uma taxa de mortalidade infantil de 11 por 1.000 crianças desse grupo etário. A causa mais importante dessa elevada mortalidade entre crianças brasileiras é representada pelas diarréias infecciosas, às quais se atribuíram, no mínimo, 30% das mortes. Por outras palavras, estimou-se que em 1969 as diarréias infecciosas teriam causado a morte de 161.000 crianças de menos de 5 anos de idade, correspondendo a uma taxa de 1.095 óbitos por 100.000 crianças de menos de 5 anos no País” (1).

(*) Auxiliar de Ensino de Enfermagem de Saúde Pública do Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, U.S.P.

(**) Alunas do Curso de Graduação em Enfermagem de Saúde Pública.

MONETTI e col. (1970) assinalaram, em um estudo feito pela Secretaria Estadual de Saúde do Estado de São Paulo, a mortalidade infantil no Estado de São Paulo declinando entre os anos de 1950 e 1964, apesar de pequenas variações em seus coeficientes, que passaram de “muito fortes” (115,85 por mil nascidos vivos) para quase “moderados” (70,58 por 1.000). Mas a partir de 1965 até 1968, houve uma elevação gradativa de taxa de mortalidade (70,58) que alcança agora um coeficiente considerado “forte” (74,19 por mil nascidos vivos). No interior do Estado, o coeficiente baixou gradativamente de 1950 (122,45) a 1964 (71,78) e a seguir em 1968 mostrou nova elevação (73,27). Os óbitos por doenças do aparelho digestivo representam cerca de 21% dos óbitos menores de 1 ano, havendo predominância dos óbitos da Capital (entre 21,14 e 23,05%) sobre os do Interior (entre 19,33% e 20,73%). Os coeficientes de mortalidade infantil correspondentes demonstraram ligeira elevação gradativa tanto na Capital como no Interior. Naquela, o coeficiente elevou-se de 14,84 em 1964 para 17,14 em 1967. No Interior o coeficiente de 14,19 em 1964 passou para 15,77 em 1968 (2).

Acreditamos que a enfermeira poderá contribuir para solução desses problemas, e partindo dessa premissa, propusemo-nos, através do presente trabalho, a avaliar a eficácia da orientação feita pela enfermagem, na recuperação do paciente portador de diarreia.

II — OBJETIVOS

— Avaliar a eficácia da orientação feita pela enfermagem junto às mães de crianças portadoras de diarreia, no abreviamento da recuperação dos doentes;

— prevenir recidiva do caso;

— medir a eficácia do reforço da orientação ao nível do domicílio.

Desenvolvimento

Foi usado um plano único de orientação que consistia em:

A — *No ambulatório*, imediatamente após a consulta, baseadas na prescrição médica, obedecemos o seguinte esquema de orientação:

(*) Coeficiente de mortalidade: “muito forte” — acima de 100
“forte” — entre 70 e 100.
“moderado” — entre 50 e 70

a) *Medicamentos*

- reexplicação da receita médica;
- medicamento prescrito e para que serve;
- quantidade a ser dada;
- horário a ser dado;
- observações que deverão ser feitas quanto ao uso desses medicamentos.

b) *Administração de Líquido à Criança*

- Como deve ser a água (se é de poço, de abastecimento público, encanada, e outros);

quanto dar;

- que hora dar;
- explicação da importância dos líquidos para a criança;
- chá e sucos: — como prepará-los e o tipo (na dependência — dos materiais que a mãe tenha para fazê-los);
- quantidade que deve ser dada;
- como e quanto adoçar os chás e sucos.

c) *Administração de Alimentos*

- o vidro e o bico: — como devem estar antes e depois do uso;

— a água como deve ser preparada para a mamadeira (de acordo com a fonte);

- quantidade a ser preparada de leite;
- quantidade a ser dada;
- os aumentos progressivos e a razão desse fracionamento;
- razões da suspensão da mamadeira;
- o leite fresco de vaca ou leite em pó, como será dado: preparo e diluição.

B — *No domicílio, o esquema de orientação às mães foi:*

a) *Medicamentos:*

- administração de medicamentos para a criança diante da mãe, visando esclarecer possíveis dúvidas ou erros na dosagem (se dentro do horário);

— verificar se a mãe havia adquirido os medicamentos e se estavam sendo usados.

b) *Administração de Líquido à Criança:*

— ênfase da necessidade de se dar líquidos à criança, salientando como a mãe deve usar a água que ela dispõe para alimentação;

— dependendo das condições da água, e do domicílio era demonstrado à mãe como ferver a água.

c) *Administração de Alimentos:*

— demonstração no próprio domicílio do preparo da alimentação da criança, de acordo com a prescrição feita pelo médico, com as orientações dadas anteriormente e adaptações aos recursos e disponibilidade da casa e da mãe para quem estava sendo dada;

— preparo da mamadeira.

d) *Quanto à Doença:*

— orientação às mães quanto às possíveis causas da diarreia e o modo pelo qual poderemos evitá-las.

III — MATERIAL E MÉTODO

Participaram do trabalho crianças de ambos os sexos, de qualquer cor, no grupo etário de zero a três anos de idade, que apresentavam diarreia, procedentes da área urbana da Cidade de Ribeirão Preto, que procuravam o Pronto Socorro Infantil de Ribeirão Preto, no período de 15 de setembro a 15 de outubro de 1970 (excetuando-se o período noturno, sábados, domingos e feriados). As observações foram feitas em 2 períodos nos seguintes horários: 1.º período das 8:00 horas às 11:00 horas e 2.º período das 13:00 horas às 17:00 horas.

Foram excluídas da observação:

— crianças para as quais foi prescrito antibiótico;

— crianças que procuravam outro serviço de pediatria, além do Pronto Socorro Infantil (segundo informação da mãe);

— aquelas que tiveram necessidade de outra consulta no próprio Pronto Socorro Infantil;

— as que necessitavam de internação;

— aquelas cujos domicílios não foram localizados pelo endereço fornecido.

Como critério de diagnóstico de diarreia, usamos a definição que considera “diarreia cinco ou mais evacuações semilíquidas ou líquidas por dia”.

As observações foram feitas por quatro alunas de Curso de Graduação em Enfermagem de Saúde Pública, que usaram um único roteiro, para orientação, atendimento ambulatorial e a visitação domiciliária (de acordo com os objetivos).

IV — LOCAÇÃO DOS GRUPOS

Satisfeitos os critérios de inclusão, as crianças, de acordo com a ordem de chegada, foram entrando para uma lista, onde já se havia estabelecido previamente a locação casual dos que pertenceriam ao *Grupo de Estudo* ou ao de *Grupo Controle*.

Dado que as variáveis sexo e cor poderiam funcionar como fatores de erro, foram construídos quatro listas diferentes, quais sejam:

- crianças do sexo masculino — cor branca: C e E;
- crianças do sexo feminino — cor branca: C e E;
- criança do sexo masculino — cor não branca: C e E;
- criança do sexo feminino — cor não branca: C e E.

De todas as crianças foram anotados o nome, sexo, cor, idade, filiação, endereço, número de evacuações (em quanto tempo), o tratamento médico prescrito.

Tratamento Dispensado aos Grupos

— O grupo controle somente recebeu orientação e informações que são dadas rotineiramente pelos médicos, não recebendo nenhuma orientação da enfermagem.

Para estas, foram feitas duas visitas domiciliares, com objetivo único de constatar o estado de saúde da criança, omitindo orientação.

As visitas foram feitas obedecendo o seguinte esquema:

- 1.^a visita: três dias após a consulta médica;
- 2.^a visita: sete dias após a consulta médica, registrando-se a melhora ou não da criança.

O grupo estudo recebeu as orientações já estabelecidas previamente (os objetivos), que foram dadas no ambulatório e reforçadas no domicílio.

No domicílio foram feitas um total de três visitas:

— 1.^a visita: no dia seguinte da consulta médica para ensino e demonstração;

— 2.^a visita: três dias após a consulta, para reforço;

— 3.^a visita: após sete dias da consulta médica, quando era feita avaliação do estado da criança.

Critério de Avaliação

O critério usado para se classificar uma criança após o tratamento, como curada, foi baseado no número de evacuações e na consistência das fezes.

Por ocasião da terceira visita (sete dias após a consulta), isto é, 8.^o dia, foram consideradas como tendo obtido a cura as crianças que apresentavam neste dia “fezes formadas com número de evacuações de uma a três vezes por dia”.

V — RESULTADOS

Foram estudadas 61 (sessenta e uma) crianças, cuja distribuição, segundo o sexo e cor é apresentada abaixo:

Sexo - Cor	Branca	Não Branca	Total
Feminino	23	15	38
Masculino	13	10	23
TOTAL	36	25	61

Número e porcentagem de curas observadas nos grupos: Estudo e Controle, são apresentados abaixo:

Grupos	N. ^o Pacientes	N. ^o Pacientes Curados	% de Pacientes Curados
Grupo Controle ..	31	14	45,5%
Grupo Estudo .. .	30	16	53,5%

VI — DISCUSSÃO

As escolas de enfermagem, cada vez mais, têm se preocupado com o aumento constante dos conhecimentos científicos que são necessários à preparação de uma enfermeira.

O conceito de enfermeira de saúde pública como educadora tem merecido destaque em nossos dias. Essa atividade, que se estende a todo o trabalho da Enfermagem de Saúde Pública, oferece notáveis oportunidades para os serviços diretos da enfermeira e para o desenvolvimento de sua capacidade educativa.

Uma das atividades básicas da enfermeira é a visita domiciliária, no sentido de ajudar a resolver as necessidades de seus pacientes e família por meio de seus serviços. É uma oportunidade que lhe é dada de conhecer seu paciente em seu próprio ambiente, e as relações que ele mantém com elementos que participam do seu ambiente.

Durante a realização de uma visita, a enfermeira tem oportunidade de utilizar seus conhecimentos técnicos, habilidades, no sentido de ajudar na resolução dos problemas de saúde daquela família, adaptando sua técnica às necessidades e disponibilidade do ambiente, embora sua visita tenha um objetivo definido, e um plano traçado, muitas vezes dependendo da situação da família, são esses modificados. Tal modificação leva a enfermeira a situações imprevistas, fazendo-a efetuar mudanças em seu planejamento e adaptando-o a hora, para que a visita seja efetiva.

A utilização da técnica demonstrativa na visita domiciliária é de grande utilidade e há casos específicos em que se torna imprescindível fazê-la individualmente. A demonstração é valiosa, e nos leva no domicílio à utilização do material que o paciente dispõe. No preparo de uma mamadeira, muitas vezes, a água existente é a de uma fonte desprotegida e comprometida sanitariamente, mas é a única de que dispomos. Isto nos leva à realidade de usarmos o material que o paciente possui, aquele será realmente usado depois.

“Parte integrante do preparo para a Enfermagem de Saúde Pública é a experiência num serviço de saúde pública. Esta experiência deve ser suficientemente extensa, de modo a permitir à aluna desenvolver habilidade na orientação das famílias em assunto pertinente à saúde, a fim de adquirir uma noção de continuidade dos serviços de saúde prestados à família, e experiência em trabalhar com outros membros da equipe de saúde pública e de outras organizações da comunidade. À medida que a enfermagem consêgue obter melhor *status* profissional, assumem a pesquisa e o desenvolvimento da prática profissional maior importância. As enfermeiras recorrerão com maior freqüência às pesquisas como meio para definir e analisar problemas de enfermagem. As enfermeiras se preocuparão mais com o desenvolvimento da prática de enfermagem para que atinja níveis mais altos, através de análises e de experiências controladas, como parte da prática rotineira de enfermagem, dando

maior atenção às sutilezas dessa prática. Há necessidade de desenvolver um grupo de enfermeiras que seja capaz de planejar e executar pesquisas necessárias e de trabalhar junto com outros pesquisadores em estudo de equipe" (3).

Com base nessas argumentações, é que nos propusemos a efetuar este trabalho como alunas do Curso de Graduação em enfermagem de saúde pública, dentro do setor de Pediatria, onde focalizamos uma doença que muito tem concorrido para manter o coeficiente da mortalidade infantil em nível alto em nosso País.

Durante o desenrolar das observações, houve oportunidade de reconhecer que as pessoas que buscavam o serviço eram as residentes em áreas periféricas da cidade, consideradas as mais vulneráveis aos riscos da doença, uma vez que suas condições sócio-econômicas, sanitárias e culturais eram deficientes e contribuíram para a manutenção dessa vulnerabilidade.

No domicílio, pela razão talvez do paciente estar "recebendo" a enfermeira e já tê-la conhecido na hora da consulta houve uma boa receptividade. As mães se mostravam contentes pela presença da enfermeira que vinha em busca de informações da criança, não havendo dificuldade na abordagem.

As visitas não eram feitas em horários pré-determinados, mas em horários casuais, havendo casos que, coincidentemente, a casa foi visitada sempre no mesmo horário.

Muitas vezes, a situação encontrada no ambiente doméstico fez com que o plano de demonstração sofresse alterações em seus passos, pois os utensílios encontrados, os fogões, a água e o material de que dispunham eram muitas vezes constrangedores. Mas, mesmo assim, dentro das possibilidades fizeram-se as adaptações possíveis e a visita foi realizada.

Visitas planejadas deixaram de ser executadas pelos seguintes motivos: domicílio não localizado por falta de endereço certo, falta de planejamento do bairro impedindo a localização da casa, e a ausência da família, e permanência no domicílio só de crianças.

O resultado da análise dos dados do trabalho, realizado com os dois grupos de crianças, mostrou uma porcentagem de cura para o grupo Controle de 45,5% e para o grupo Estudo de 53,5%.

Das 61 crianças incluídas no trabalho, das quais 31 constituiram o grupo Controle, obtivemos 14 curados; e dos 30 do grupo Estudo obtivemos 16 curas, apresentando uma diferença de 8% nos resultados, estatisticamente insignificante.

Acreditamos no valor da orientação de enfermagem após as consultas médicas, na efetividade das visitas, e vimos o desenrolar

das observações, porém pelo fato de termos selecionado uma doença aguda e feito a observação do comportamento dessa doença em espaço de tempo muito longo, é razoável que se encontre o mesmo resultado para ambos os grupos.

VII — CONCLUSÃO

1 — Não foram verificadas mudanças havidas no comportamento das mães, mas pelo número de visitas feitas (três no total) e pela nossa experiência, sabemos que foi um tempo curto de observação;

2 — não houve diferença no resultado dos grupos, provavelmente por termos permitido um tempo muito longo de observações após consulta para uma doença aguda que permite reabilitação rápida. Seria compensador repetir tal estudo, desde que se fizesse a correção do tempo de observações, após a consulta, para ambos os grupos;

3 — o presente trabalho apontou as dificuldades na obtenção de uma “resposta boa”, isto é, o paciente realizar no domicílio a prescrição médica e de enfermagem.

Há evidências que por se tratar de doença aguda submetida a uma observação considerada longa para ela, os resultados dos grupos não se mostraram diferentes.

IX — REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

- 1 — BRASIL. Ministério da Saúde. Mortalidade por diarreias infecciosas entre crianças no Brasil. *Boletim Epidemiológico* — Rio de Janeiro, 2 (3): 17-24, 1970.
- 2 — MONETTI, Vicente et al. *Situação materna e infantil no Estado de São Paulo*. São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde, Divisão Materna e da Criança, 1970 (Publ. n.º 4, série D, n.º 1).
- 3 — ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Quarto relatório da comissão de peritos em enfermagem*. Genebra, outubro, 1958.

BIBLIOGRAFIAS CONSULTADAS

- LEAHY, K. M. & COBB, M.M. *Enfermeria y salud pública*. México, Editorial Interamericana, 1968.

OLIVEIRA, Maria Ivete R. Enfermagem e pesquisa. Importância e significação. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 17 (5): 206-216, out., 1964.

SANTOS, Célia A.F. Pesquisa. Responsabilidade nova das escolas de Enfermagem. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 17 (5): 278-290, out., 1964.

JELLIFFE, D.B. *La salud del niño en los trópicos*. Washington, Organización Pan-Americana de la Salud, Oficina Sanitaria Pan—Americana, O.M.S., 1966 (Publicacion científica n.º 133).