
BARROS, S.M.P.F. e colaboradora — Prática administrativa de enfermagem na rede de Serviços de Saúde. **Rev. Bras. Enf.:** RS, 36: 255-259, 1983.

11. SINGER, P et alii — *Prevenir e Curar o controle social através dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1978.
12. TREVIZAN, M. A. et alii - Atividades administrativas desempenhadas por enfermeiros - chefes *Rev. Paul. Hosp.* 23 (7): 204-210, jul. 1980.

UTILIZAÇÃO DO “SORO CASEIRO” NAS DOENÇAS DIARRÉICAS: UM PROGRAMA DE PROMOTORES DE SAÚDE DO BAIXO AMAZONAS.

* De Anne Karen Hilfinger Messias

ReBEn/05

MESSIAS, A.K.H. — Utilização do “Soro Caseiro” nas doenças diarréicas: um programa de promotores de Saúde do Baixo Amazonas. **Rev. Bras. Enf.:** RS, 36: 259-265, 1983.

RESUMO

Reidratação oral, iniciado do princípio da diarréia, pode combater efetivamente a desidratação, eliminar uma dependência de recursos e tecnologia de tratamento parenteral e prevenir uma resultante desnutrição. O êxito desta terapia é um avanço importante na área de doenças diarréicas. A sua base científica se encontra na fisiologia da absorção de água e eletrólitos pela mucosa do intestino delgado. Num programa de assistência primária, é necessário criar uma tecnologia apropriada que facilite a transferência dos conhecimentos científicos à realidade das condições locais. A autora atua na zona rural do Baixo Amazonas, uma região onde a diarréia figura entre as causas principais de morbidade e mortalidade infantil. Este trabalho descreve os métodos utilizados para a divulgação e implementação do “Soro Caseiro” através de elementos comunitários treinados para serem Promotores de Saúde.

1. INTRODUÇÃO:

“O fenômeno fisiopatológico mais importante na enterite aguda é a espoliação hidreletrolítica que sofre o organismo, conseqüente à secreção exagerada de eletrólitos e água pela mucosa do intestino delgado. Essa perda ocorre, em maior ou menor grau, em todos os casos, sejam eles provocados por bactérias enterotoxigênicas, bactérias invasivas ou vírus”. (Pernetta, p. 37).

Assim sendo, a desidratação domina o prognóstico e o tratamento da enterite aguda. Na área de doenças diarréicas, uma das descobertas mais importantes em tempos recentes é que a desidratação nos casos de diarréia aguda, de qualquer etiologia, em qualquer faixa etária, pode ser tratada com êxito através de uma terapia de reidratação oral, utilizando uma única solução. Esta solução é preparada pela adição de glicose, cloreto de sódio, bicabornato de sódio e cloreto de potássio à água potável. Proporcionando concentrações apropriadamente adaptadas para facilitar a absorção intestinal de água e eletrólitos, a finalidade da solução de reidratação oral é justamente repor a perda destas mesmas substâncias devida à diarréia aguda. Administrada oralmente, esta solução é absorvida no intestino delgado, ainda que haja diarréia copiosa. Várias pesquisas em adultos, crianças e recém-nascidos têm contribuído para estabelecer a segurança e eficácia desta arma simples e importante da saúde pública.

É de primeira necessidade começar o tratamento reidratante logo no início da diarréia. A eliminação de água pelas fezes é o fator principal na origem da desidratação. Mas também ocorrem vômitos. A febre (comum na enterite aguda) e a acidose (resultante da acentuada perda de líquidos e eletrólitos) aceleram a respiração e suor, agravando ainda mais a situação. O perigo de desidratação é ainda

(*) Enfermeira de Saúde Pública, Coordenadora de Saúde Comunitária da Fundação Esperança, Santarém - Pará - Brasil.

mais iminente quando acrescentamos fatores culturais que levam a comportamentos prejudiciais. Vejamos por exemplo, os costumes de enrolar a criança febril com muita roupa e deixá-la num quarto quente e fechado, de não dar banho porque “faz mal dar banho com febre”, e de suspender a alimentação quando a criança está doente. Junto a essas práticas há ainda o desmame precoce e o uso de mamadeiras sem os mínimos cuidados de higiene. Em resumo, as causas sociais do “Síndrome Diarréia-Desidratação-Desnutrição”: pobreza, higiene pessoal e doméstica precária, alimentação inadequada, costumes e credences prejudiciais e falta de saneamento básico do meio ambiente.

A divulgação e utilização da solução reidratante oral, ou SORO CASEIRO como nós o chamamos, é uma atividade que compreende os três níveis de prevenção. *Prevenção primária*, na educação sanitária, visando evitar a ocorrência de doenças diarréicas através de melhorias no saneamento básico, no tratamento da água, e na higiene pessoal e doméstica. Prevenção primária também na educação em saúde e incentivo ao aleitamento materno, combatendo o uso de mamadeiras e alimentação artificial no período da primeira infância. Na *prevenção secundária*, visamos a identificação precoce da diarréia, e o tratamento com o soro caseiro, prevenindo a desidratação subsequente. Nos casos de desidratação já constatados, a utilização do soro oral pode ser considerada uma arma de *prevenção terciária*, ou reabilitação. Em todos os níveis de ação, o objetivo é evitar situações que infelizmente ainda enfrentamos quase diariamente: crianças que chegam à Clínica Esperança em Santarém, já em alto grau de desidratação e desnutrição, e das quais muitas não sobrevivem.

2. A BASE CIENTÍFICA DA REIDRATAÇÃO ORAL:

Buscamos a explicação científica do mecanismo do tratamento de reidratação oral na fisiologia de absorção de água e eletrólitos no intestino delgado. Verificou-se experimentalmente que a glicose, estando presente no intestino, facilita e estimula absorção de sódio no intestino delgado normal dos mamíferos. Este fato foi estabelecido através de estudos fisiológicos há mais de vinte anos. Phillips, estudando pacientes com cólera em 1964, comprovou que a absorção de glicose e a absorção mediada por glicose de sódio, cloreto e água permaneceram praticamente sem alteração na presença de diarréia.

Foi de grande interesse esta demonstração de que a glicose facilita a absorção de sódio e água na vigência da cólera clínica e experimental. Em 1968, vários estudiosos de gastroenterologia, incluindo Pierce, Hirschhorn e Nalin, estabeleceram que perdas hídricas e eletrolíticas devidas à diarréias poderão ser compensadas utilizando soluções eletrolíticas por via oral. (Johns Hopkins University *Population Reports*).

3. A SOLUÇÃO DE REIDRATAÇÃO ORAL:

A Organização Mundial de Saúde recomenda a seguinte fórmula para a solução de reidratação oral:

Para 1 (um) litro de água potável, adicionar:
3,5 gramas de cloreto de sódio
2,5 gramas de bicarbonato de sódio
1,5 gramas de cloreto de potássio
20 gramas de glicose

Esta solução satisfaz o critério fisiológico para absorção intestinal de água e eletrólitos, e a necessidade de equilibrar o balanço hidroeletrolítico negativo em crianças e adultos que apresentam desidratação como conseqüência de diarréia. A glicose é preferida, mas na sua falta, sacarose também comprovadamente funciona. A solução ideal é esta solução completa que contém glicose, cloreto de sódio, bicarbonato de sódio e cloreto de potássio. Porém, uma solução mais simples, e de mais fácil confecção e utilização caseira, é uma solução de água, sal e açúcar. Esta é a solução básica adaptada pela Fundação Esperança nos seus programas de ações básicas de saúde na zona rural do Baixo Amazonas.

4. PAPEL DOS PROMOTORES DE SAÚDE:

Como o nosso trabalho de assistência primária em saúde é principalmente voltado para o interior, precisamos adaptar as nossas atividades para este meio. Estamos treinando mais de 50 Promotores de Saúde da zona rural do Baixo Amazonas. Estes Promotores são elementos comunitários escolhidos pelas próprias comunidades. Participam do treinamento e prestam assistência nas suas comunidades na capacidade de voluntários. É um grupo variado, incluindo donas-de-casa, lavradores, pesca-

dores, professoras primárias, artesões, curandeiras, parteiras curiosas e outros, alguns alfabetizados, outros não. O treinamento para promotores, consiste em pequenos cursos práticos de 2 a 3 dias de duração, realizados em Santarém e/ou nas próprias aldeias. Os promotores de saúde estão sendo treinados para desenvolverem as seguintes atividades:

1. Divulgar a utilização do SORO CASEIRO para tratamento de doenças diarreicas. Preparar e aplicar a solução de reidratação oral, e na medida possível ensinar as próprias mães da comunidade a fazerem o mesmo.

2. Aconselhar e incentivar o aleitamento materno na sua comunidade.

3. Assistir no desenvolvimento de hortas caseiras na sua comunidade.

4. Incentivar as famílias no emprego de alimentos regionais de alto valor e baixo custo.

5. Orientar as famílias no tratamento da água, proteção dos alimentos e outras medidas de saneamento básico.

6. Informar a comunidade das atividades do Atendente de Saúde Rural (ASR) mais próximo. Apoiar o trabalho do ASR, um agente de assistência primária que recebe um treinamento mais extensivo e supervisão e assistência contínua da Fundação Esperança.

7. Apoiar os Programas de Imunização e Vigilância Nutricional do ASR e Fundação Esperança na comunidade.

8. Identificar e encaminhar os casos necessitando de assistência em saúde para o Atendente de Saúde Rural mais próximo, ou para o ambulatório da Clínica Esperança em Santarém.

5. A UTILIZAÇÃO DO SORO CASEIRO:

O treinamento dos Promotores visa orientar e armar os mesmos contra a “D-D-D” (Diarréia, Desidratação e Desnutrição). Começamos com a identificação da diarréia e os sinais de perigo: fezes aguadas com grande perda de líquidos, evacuações freqüentes com mau cheiro e as vezes a presença de muco ou “catarro”. O Promotor aprende, por exemplo, a distinguir a diarréia da enterite aguda das fezes moles, amarelas e sem odor fétido, características das crianças amamentadas no peito.

Uma vez identificado um caso de diarréia, o Promotor aprende a detectar os sinais de desidratação e os perigos da mesma, que acompanham todos os casos de diarréia. Para ilustrar os sinais de desidratação (moleira afundada, olhos secos e ausência de lágrimas, pouca ou total ausência de urina, secura da boca, perda de elasticidade da pele) utilizamos a história do MENINO DE LATA. Veja Anexo I. Durante o treinamento os Promotores fizeram o exercício do MENINO DE LATA e por sua vez, vários já utilizaram o mesmo exercício nas escolas de suas comunidades.

Para a utilização dos Promotores de Saúde, divulgamos a seguinte receita para o SORO CASEIRO, que procuramos adaptar aos recursos da zona rural local:

ÁGUA FERVIDA	= 1 copo e meio (corresponde a 200-250 ml)
AÇÚCAR	= 1 colher das de chá OU 1 medida de uma tampa de garrafa OU 1 medida da colher especial *
SAL	= 1 pitada de dois dedos OU 1 medida pequena da colher especial *

(* Teaching Aids at Low Cost — TALC fabrica uma colherinha para medir os ingredientes da solução reidratante. Veja Anexo II.)

Esta é a receita básica. Podendo, é aconselhável adicionar uma pitada de dois dedos de bicarbonato de sódio e como fonte de potássio, algumas colheres de caldo de laranja ou limão. Antes de administrar o SORO CASEIRO, o Promotor (ou a mãe que o preparou) deve provar a solução para verificar se não está salgada. Recomendamos água fervida e fria, ou chá para fazer o SORO CASEIRO. Descobrimos vários chás comumente utilizados pelo povo da região para o tratamento de distúrbios gastrointestinais. Alguns exemplos: chá de marupazinho, da guia da goiaba branca, de amor crescido, da casca do cajueiro e outros. A utilização de chá tem a vantagem de ser uma prática já conhecida e aceita nos casos de doenças. Enquanto ferver água para beber pode ser encarado como uma atividade dispendiosa, fazer chá não carrega esta mesma conotação na mente do povo.

Para o tratamento da desidratação, a maneira de administrar o SORO CASEIRO em crianças pequenas, é por colherinha a curtos intervalos (em média 2-3 colheres de chá cada 3 minutos). Assim, fraciona um grande volume líquido para compensar as perdas por diarréia e promover a reidratação. Basta lembrar que uma colher das de chá (5 ml) por minuto corresponde a 300 ml por hora. Desaconselhamos o uso de mamadeiras para administrar o soro reidratante. Se a criança vomitar, fazer uma pausa de 5-10 minutos e depois continuar com o soro. A presença de vômitos não é razão para suspender o tratamento reidratante, a não ser que sejam vômitos severos e freqüentes, requerendo, neste caso, um tratamento parenteral. Para as crianças maiores, que podem fazer uso do copo, a quantidade indicada é

um copo de SORO após cada evacuação líquida, ou mais, dependendo do melhor indicador individual, ou seja, a sede.

Após 4-6 horas de tratamento com o SORO CASEIRO, o Promotor de Saúde deve reavaliar os sinais de desidratação na criança. Entretanto, deve saber que as soluções reidratantes orais não diminuam a diarreia imediatamente; pode até aumentar um pouco a quantidade de diarreia no início do tratamento, quando a solução não é totalmente absorvida. Este fato constitui um possível perigo: se os pais da criança não foram esclarecidos, podem abandonar o tratamento, que somente agravará o quadro da criança. Outra dificuldade potencial que o Promotor possa enfrentar é que os pais reajam contra um tratamento que não consideram “remédio”. Afinal, água, sal, açúcar, e suco de limão são elementos que normalmente não são classificados como “medicamentos”. Na prática, alguns Promotores descobriram que as mães têm fé no SORO, desde que o próprio Promotor faça a preparação.

6. ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL:

Mesmo numa região onde a diarreia é uma das principais, senão a principal causa de mortalidade infantil, a diarreia em si raramente é percebida como uma doença potencialmente fatal, já que a maioria das crianças sobrevivem. Em quase todos os casos, o impacto nutricional da diarreia também não é percebida pelos pais da criança. O tratamento precoce com soluções orais pode combater efetivamente não somente a desidratação conseqüente da diarreia, mas também prevenir uma resultante desnutrição. Estudos de Hirschhorn, Denny e outros, elaborados sob condições hospitalares, ambulatoriais e caseiras mostram que as crianças que receberam um tratamento adequado com soluções reidratantes orais, assim prevenindo e/ou corrigindo a desidratação, acidose e perda de potássio logo no início da doença diarreica, voltaram a comer normalmente mais cedo e recuperaram o peso perdido mais rápido. Um trabalho nas Filipinas mostrou que nenês recebendo tratamento de reidratação oral em conjunto com dietoterapia adequada, utilizando alimentos locais durante e após a diarreia, apresentaram apetites melhores e ganharam um peso maior do que as crianças que serviram como “controles” durante um período de sete meses de observações. (WHO: Recent Advances in Oral Rehydration Therapy).

A orientação alimentar é uma parte integral do trabalho do Promotor de Saúde. Nos casos de diarreia, a orientação principal para crianças pequenas é a continuação do leite materno, oferecendo mamadas freqüentes. A criança que não mama no peito precisa tomar outros líquidos (água fervida, chá, água de coco, água de arroz) intercalados com o soro reidratante. O leite artificial deve ser oferecido, mas inicialmente numa diluição pela metade da diluição normal. Uma parada na alimentação nunca deve superar 6-8 horas. Infelizmente, é com grande freqüência que encontramos casos de suspensão de alimentação (ou de certos alimentos como o leite) por períodos prolongados. É perigoso deixar a criança em “jejum”. O costume de suspender a alimentação na presença da diarreia para “deixar o intestino descansar” não tem fundamento fisiológico. Pelo contrário, o jejum contribui para reduzir ainda mais a capacidade de absorver vários nutrientes do intestino delgado. A suspensão da alimentação causa ou agrava o estado de desnutrição, contribui na desidratação, e enfraquece a criança na sua luta contra a infecção que provocou a diarreia. Os alimentos devem fornecer calorias suficientes e serem de fácil digestão. Mingaus enriquecidos com óleo, sopinhas com peixe, leguminosos e ovos todos são alimentos apropriados. Bananas, água de coco, e sucos de tomate, laranja, limão e outras frutas são importantes por causa das perdas de potássio durante a diarreia. Somente devem ser evitadas as comidas muito temperadas e alimentos crus com um alto teor de fibra. A criança precisa de refeições pequenas e mais freqüentes durante a diarreia, e deve receber uma refeição adicional durante uma semana após a recuperação da diarreia.

7. MEDICAÇÃO:

A medicina tradicional tem dado ênfase a tratamentos sintomáticos para a enterite aguda, que comprovadamente não surgem efeitos positivos, mas que criaram comportamentos dependentes de medicamentos numa grande parcela da população. Desestimulamos o uso de antibióticos em casos de infecções intestinais de etiologia desconhecida, por várias razões. Antibióticos não são indicados para diarreias de origem viral. O uso de antibióticos também pode desviar a atenção da mãe, atendente, promotor de saúde ou enfermeira, da tarefa essencial, que é repor líquidos e eletrólitos. O uso generalizado de antibióticos, como sabemos, promove a seleção de cepas resistentes, assim diminuindo a probabilidade que as drogas mais tarde sejam eficazes nos casos daqueles poucos pacientes que realmente os necessitam. Outra razão que não pode ser ignorada é o fato de antibióticos serem caros. Nos casos de etiologia comprovada por *shigella*, cólera, amebíase ou giardíase, tratamento quimioterápico é indicado.

Entretanto, a maioria das crianças apresentam uma melhora rápida com tratamento de soluções orais, tornando agentes obstipantes desnecessários. Drogas à base de caulim e pectina, nas palavras do ilustre pediatra Jayme Murahovschi, são inúteis e seu único valor é “cosmético”. Simplesmente mascaram a perda de líquidos, porque absorvem a água que ia ser eliminada de qualquer forma, e podem até aumentar e excreção de eletrólitos. Drogas com base de ópio, loperamida (Imosec) e defenoxilato (Lomotil) nunca devem ser administradas para crianças. Infelizmente estes agentes continuam a serem empregados nas diarréias infantis, apesar de pesquisas repetidas comprovando a sua ineficácia. Os Promotores de Saúde não dispensam remédios. Os Atendentes de Saúde Rural, localizados em comunidades vizinhas, podem fazer exames microscópicos para a identificação de parasitos intestinal, e fornecem medicamentos quando indicados.

8. CONCLUSÃO

Pela definição no Relatório de Alma Ata, *tecnologia apropriada de assistência primária de saúde* constitui o conjunto de recursos materiais (tecnologia de objeto) e metodologia (tecnologia de processo) ajustados às necessidades locais, como um exemplo de uma tecnologia apropriada de assistência primária de saúde. É um trabalho em andamento, sujeito a sofrer modificações e adaptações surgidas da própria experiência e das experiências e conhecimentos dos outros. No campo, estamos vendo que o emprego do SORO CASEIRO por Promotores de Saúde na zona rural do Baixo Amazonas é apropriado em termos de segurança, eficácia, eficiência, viabilidade e aceitabilidade do meio. É o nosso desejo que a divulgação destas nossas experiências traga de volta para nós respostas positivas das experiências dos outros e que sirva também de estímulo e incentivo para outros profissionais de enfermagem e de saúde para desempenharem atividades semelhantes, independente do seu ambiente de atuação ou trabalho.

SUMMARY

Oral rehydration, begun at the first signs of diarrreal disease, is an effective treatment in combating rehydration, thus eliminating a dependency on more sophisticated resources and technology for parenteral treatment, and also preventing an ensuing malnourished state. The success of oral rehydration therapy is one of the most important recent advances in the area of diarrreal disease. The scientific basis for the treatment is the physiology of glucose mediated sodium transport in the small intestine. In a primary health care program it is imperative that appropriate technology be developed to facilitate the transfer of scientific knowledge to the reality of local conditions. The author works in the rural areas of the Lower Amazon, a region where diarrreal disease is still a principal cause of childhood morbidity and mortality. This paper describes the methods used in the promotion and implementation of the use of a “Home-Made” rehydration solution, using village members trained as Health Promoters.

BIBLIOGRAFIA

1. American Public Health Association. “Oral Rehydration in the Village”. Em *Salubritas* Volume 3 nº 1. Washington D.C. January 1979.
2. Centre for Population Activities. *Integrating Oral Rehydration Therapy into Community Action Programs: What Role for Private Voluntary Organizations?* Washington, D.C. 1980.
3. Johns Hopkins University. *Oral Rehydration Therapy (ORT) for Childhood Diarrhea. Population Reports. Series L. Nº 2.* Baltimore, Maryland. November-December 1980.
4. Lambert Harold. “Drugs and the treatment of diarrhoeal diseases: Cautions prescription” em *Diarrhoea Dialogue*. Issue nº 8. London. February, 1982.
5. Metheny, Normam M. e Snively, W. D. *Nurses Handbook of Fluid Balance*. J. B. Lippincott Company, Philadelphia, 1979.
6. Murahovschi, Jayme. “Doença Diarréica Aguda e Prolongada”. Trabalho apresentado na II Jornada de Pediatria Social, Belém, Pa. 18.06.81.
7. Pernetta, Cesar. *Enterite Aguda na Criança*. Fundo Editorial Byk Prociencx. S. Paulo, 1979.
8. Rust, James e McQuestion, Michael. *Terapêutica de Rehidratation Oral: Perspectivas de uma Importante Innovación en Materia de Tecnologia Apropriada*. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D.C. 1980.
9. Werner, David. *Onde Não Há Médico: Manual para aqueles que vivem e trabalham no Campo*. Edições Paulinas, São Paulo, 1977.

10. World Health Organization. *Programme for Control of Diarrhoeal Diseases: Guidelines for the Trainers of Community Health Workers on the Treatment and Prevention of Acute Diarrhoea* WHO/CCD/SER/80. 1 Geneva, Switzerland.
- *Programme for Control of Diarrheal Diseases: A MANUAL FOR THE Treatment of Acute Diarrhoea*. WHO/CCD/SER/80. 2 Geneva, Switzerland.
- *Diarrhoeal Disease Control Programme: Recent Advances in Oral Rehydration Therapy*. Mimeog. Geneva, Switzerland.

ANEXO 1

“O MENINO DE LATA”

Coitado do nosso amigo, O MENINO DE LATA. Pegou uma DIARRÉIA e está passando mal. Vendo o que acontece com o MENINO DE LATA, vamos aprender a reconhecer os sinais de DESIDRATAÇÃO. Depois, vamos ver o que podemos fazer para evitar que o nosso amigo tenha o triste fim de “secar” por falta de líquidos. Assim, veremos o valor do SORO CASEIRO no tratamento de diarréias nas crianças.

MATERIAL NECESSÁRIO: 1 lata, 5 pregos, 1 pedaço de pano, água, SORO CASEIRO, lápis ou pincel.

INSTRUÇÕES PARA FAZER O SEU MENINO DE LATA:

1. Desenhe um rosto de criança na parte de cima da lata.
2. Com um prego faça dois buraquinhos para os olhos do menino e um buraco para a boca.
3. Agora faça um buraquinho na parte inferior da lata (na frente) por onde o menino vai fazer

xixi.

4. Faça outro buraco do outro lado, embaixo, por onde o menino vai fazer cocô.
5. Tampe todos os buracos com os pregos.
6. Encha a lata com água até a borda e cubra com o paninho.

Seguindo as instruções seguintes, responda cada pergunta:

1. Tire o prego que cobre o buraco onde o menino faz cocô e deixe sair um pouco de água, depois torne a tampar. O que acontece com a moleira do menino?

R.: _____

2. Tire os pregos dos olhos do menino e deixe-o chorar. O menino de lata ainda tem lágrimas? () SIM () NÃO

3. Destampe o buraco do ânus e deixe-o ter mais um pouco de diarréia. Torne a tampar o buraco. Agora destampe os olhos outra vez. O menino ainda tem lágrimas?

R.: _____

4. Se o menino ainda tem lágrimas, destampe o ânus até o menino não ter mais lágrimas para chorar. Agora tampe novamente. Porque o menino não tem mais lágrimas?

R.: _____

5. Agora tire o prego da boca do ânus do menino. Agora o menino está com diarréia e vômito. Tampe de novo o ânus. O menino perde mais água assim?

SIM () NÃO ()

6. Agora destampe o buraco por onde o menino urina e também destampe o buraco do ânus para o menino ter mais diarréia. Deixe esses buracos abertos para a urina. Porque o nosso menino de lata não urina mais?

R.: _____

7.: Agora diga o que você acha que sejam os SINAIS DE DESIDRATAÇÃO:

R.: _____

MESSIAS, A.K.H. — Utilização do “Soro Caseiro” nas doenças diarréicas: um programa de promotores de Saúde do Baixo Amazonas. **Rev. Bras. Enf.**: RS, 36: 259-265, 1983.

8. Repetir o exercício do MENINO DE LATA. Só que desta vez, quando o menino tiver DIARRÉIA ou VÔMITO, você vai repor o líquido que ele perdeu com a solução de SORO CASEIRO. Vamos ver o resultado:

- a) O menino continua com lágrimas? _____
- b) A moleira afundou? _____
- c) O menino continua a urinar bem? _____
- d) O menino ficou desidratado? _____
- e) O que você acha do uso do SORO CASEIRO? _____

O PROCESSO DE ENFERMAGEM EM SAÚDE COMUNITÁRIA A PARTIR DA TEORIA DE MYRA LEVINE

* Norma Carapiá Fagundes

ReBEn/06

FAGUNDES, N.C. — O processo de enfermagem em Saúde Comunitária a partir da Teoria de Myra Levine. **Rev. Bras. Enf.**: RS, 36: 265-273, 1983.

INTRODUÇÃO

A idéia deste estudo surgiu da necessidade sentida durante a realização do Curso de Especialização em Enfermagem de Saúde Comunitária Interiorana em regime de Residência, promovido pela UFPe, de se operacionalizar conceitos teóricos nas atividades práticas, de uma metodologia capaz de orientar a Enfermeira no acompanhamento a pacientes ambulatoriais e nas internações com os indivíduos e com as famílias na comunidade de um modo geral.

Foi eleita a teoria holística de Myra Levine por ser esquematizada de uma forma bastante didática, de fácil compreensão e permitir uma adaptação eficaz do processo de enfermagem à indivíduos e famílias dentro da Enfermagem Comunitária.

O objetivo ao se experimentar a colocação desta teoria no processo de enfermagem é contribuir de alguma forma na aplicação sistemática de mais uma teoria nas ações de enfermagem; justificado pelo fato de acreditar-se que à medida que a metodologia científica passa a ser utilizada nestas ações, a enfermagem está mais próxima à alcançar a autonomia profissional e a melhorar a qualidade da assistência prestada ao paciente, família e comunidade.

Este trabalho consta da discussão dos conceitos básicos da teoria em estudo, a explicitação da metodologia aplicada, da apresentação de um dos casos estudados e da identificação da eficácia e da eficiência desta teoria em enfermagem comunitária.

Este trabalho consta da discussão dos conceitos básicos da teoria em estudo, a explicitação da metodologia aplicada, da apresentação de um dos casos estudados e da identificação da eficácia e da eficiência desta teoria em enfermagem comunitária.

I. A TEORIA DE MYRA E. LEVINE

Conceitos básicos:

Em 1967 apareceram os primeiros trabalhos da autora onde ela desenvolve a teoria holística de Enfermagem. Levine descreve a Enfermagem como interação humana, uma intervenção para

* Professora do Curso de Auxiliar de Enfermagem anexo à Escola de Enfermagem da Universidade Federal da Bahia.