



Saúde & Transformação Social / Health &
Social Change

E-ISSN: 2178-7085

rodrigomoretti@ccs.ufsc.br

Universidade Federal de Santa Catarina
Brasil

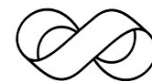
Rogério Seleglim, Maycon; Félix de Oliveira, Magda Lúcia; da Silva Lira Ballani, Tanimária; Okuda
Tavares, Erika; Toledo Trevisan, Elissa Peron; Russo Françoze, Natália Regina
Cuidado de enfermagem a famílias: experiência vivenciada em visitas domiciliares a intoxicados
Saúde & Transformação Social / Health & Social Change, vol. 2, núm. 1, 2011, pp. 65-72
Universidade Federal de Santa Catarina
Santa Catarina, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=265323523010>

- Como citar este artigo
- Número completo
- Mais artigos
- Home da revista no Redalyc

redalyc.org

Sistema de Informação Científica
Rede de Revistas Científicas da América Latina, Caribe, Espanha e Portugal
Projeto acadêmico sem fins lucrativos desenvolvido no âmbito da iniciativa Acesso Aberto



Artigos Originais

Cuidado de enfermagem a famílias: experiência vivenciada em visitas domiciliares a intoxicados

Family nursing care: experience lived in home visits to intoxicated individuals

Maycon Rogério Seleglim¹

Magda Lúcia Félix de Oliveira²

Tanimária da Silva Lira Ballani³

Erika Okuda Tavares⁴

Elissa Peron Toledo Trevisan⁵

Natália Regina Russo França⁶

¹ Enfermeiro, Mestrando em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM.

² Professora Doutora, Universidade Estadual de Maringá/UEM.

³ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Hospital Universitário da Regional de Maringá/UEM.

⁴ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM.

⁵ Enfermeira, Mestre em Enfermagem, Universidade Estadual de Maringá/UEM.

⁶ Enfermeira, Universidade Estadual de Maringá/UEM.

RESUMO – O objetivo do presente texto é aproximar os conceitos de cuidado-família-assistência ao relato da prática de fazer visitas domiciliares (VD) vivenciada em um programa assistencial de um centro de informação e assistência toxicológica. Foi realizado estudo bibliográfico e documental, em três etapas: 1) revisão da literatura; 2) descrição da metodologia e das estratégias de ações preconizadas pelo Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado - PROVIDI, utilizando como fontes de dados o Roteiro de Operacionalização das Visitas Domiciliares e as fichas de VD das equipes visitadoras de Enfermagem e de Saúde Mental; e 3) consolidação das informações, por meio da reflexão sobre a vivência de assistência domiciliar a famílias com intoxicação de um de seus membros. Percebe-se a importância do PROVIDI ao promover a organização do processo de trabalho de equipes visitadoras, a incorporação de conhecimentos técnico-científicos aos acadêmicos participantes e a aproximação dos conceitos de cuidado-família à assistência toxicológica e à saúde das famílias.

Palavras-chave: Visita Domiciliar; Envenenamento; Saúde da Família; Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT – The objective of the present text is to approximate the concepts of care-family-assistance to the report on the practice of home visits (HV) experienced in a program of assistance of a center for information and assistance on intoxication. A bibliographical and documental study was accomplished, in three stages: 1) literature review; 2) description of methodology and of strategies of actions appointed by the program of Home Visit to the Intoxicated Individual - PROVIDI, using as sources of data the Operational Method of Home Visits and the HV records of the visitor teams from the Nursing and Mental Health areas; and 3) consolidation of the information, through the reflection on the existence of home assistance to families with a member undergoing intoxication. It was noticed the importance of the PROVIDI when promoting the organization on the working process of the visitor groups, the incorporation of technical-scientific knowledge for the participating university students and the approximation of the concepts of family care to the assistance on intoxication and the family health.

Keywords: Home Visits; Poisoning; Family Health; Nursing Care.

1. INTRODUÇÃO

A elaboração do presente artigo foi motivada pela experiência dos autores em atividades de extensão universitária e de pesquisa com a utilização de visita domiciliar como técnica para a coleta de dados e como método de assistência a famílias de pessoas intoxicadas por diversas circunstâncias. Na busca por literatura sobre o tema “metodologias de assistência domiciliar e prevenção de intoxicações” não encontrou-se fontes específicas, o que motivou a produção de conhecimento nesta área.

Destarte, o objetivo do presente texto é aproximar os conceitos de cuidado-família-assistência ao relato

da prática em visitas domiciliares (VD) vivenciada pelos autores em um programa assistencial de um centro de informação e assistência toxicológica.

Foi realizado estudo bibliográfico e documental, em três etapas: 1) revisão da literatura, como subsídio

Autor correspondente

Maycon Rogério Seleglim

Programa de Pós-Graduação em Enfermagem

Universidade Estadual de Maringá (UEM)

Avenida Colombo, 5.790 - Campus Universitário - Bloco 001, sala 023

Maringá (PR) - CEP: 87020-900

Fone/Fax: (44) 3261-4494

E-mail: mseleglim@yahoo.com.br

Artigo encaminhado 07/06/2011

Aceito para publicação em 10/09/2011

para a compreensão do cuidado à saúde, do protagonismo da família no processo de cuidar e da visita domiciliar como momento de aproximação entre o cuidar profissional e o familiar; 2) descrição da metodologia e das estratégias de ações preconizadas pelo Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado - PROVIDI, utilizando como fontes de dados o Roteiro de Operacionalização das Visitas Domiciliares e as fichas de VD da Equipe de Enfermagem e da Equipe de Saúde Mental; e 3) consolidação das informações, em um processo de reflexão da vivência de assistência domiciliar por meio de VD a famílias com intoxicação de um de seus membros.

A realização deste estudo foi aprovada pelo Comitê Permanente de Ética em Pesquisas com Seres Humanos da Universidade Estadual de Maringá (parecer nº 087/11), e todas as diretrizes e normas regulamentadoras da resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde foram cumpridas.

2. COMPREENDENDO O PROCESSO DE CUIDAR DA FAMÍLIA

Ao se vincular a saúde às condições de vida do indivíduo, evidencia-se uma tentativa de explicar seu caráter social, embora tal interpretação ainda limite o entendimento do “social” a determinados fatores. Esses fatores são aspectos indispensáveis ao processo do viver humano, como alimentação, educação, meio ambiente, renda, trabalho, transporte e acesso aos serviços de saúde. A determinação social relaciona a forma como a sociedade está organizada ao aparecimento de riscos ou de potencialidades em relação à incidência ou prevalência de doenças^{1,2}.

Normalmente, quando se fala em cuidado em saúde, ou cuidado à saúde, atribui-se ao termo o sentido do conjunto de procedimentos tecnicamente orientados para o êxito de determinado tratamento, porém o cuidado transcende o âmbito técnico do atendimento ou do nível de atenção em saúde.³ Devem-se considerar aspectos mais amplos - como a promoção, a proteção, a prevenção, a recuperação, a manutenção, o diagnóstico e o tratamento - como ações primordiais para intervenção sobre o processo saúde-doença, considerando a pessoa humana na sua totalidade e proporcionando o cuidado na perspectiva da atenção integral à saúde^{3,4}.

Essa compreensão ampliada de cuidado também se articula ao conceito de autocuidado, entendido como o conjunto de ações que os indivíduos, a família e a coletividade desempenham de forma deliberada com o propósito de manter a vida, a saúde e o bem-estar,

no qual devem ser preparados para a realização destas ações².

Do ponto de vista profissional, podemos dizer que o cuidado está ligado a toda forma de conduta e de procedimentos, complexos ou não, visando à satisfação de necessidades básicas, como fornecimento de calor, água, luz, ar, afeto. Nesta perspectiva, entendemos que o cuidado não pode ser compreendido apenas como um sistema restrito a um único ambiente e a ser realizado apenas por um único profissional⁵.

Neste sentido, o cuidar está intimamente ligado à missão da enfermagem, à visão profissional e aos valores humanistas da profissão. O cuidado de enfermagem representa um momento de aproximação entre o cuidador e o ser cuidado, e exige uma visão de integralidade, que considere a dimensão humana, o meio ambiente e a vida em totalidade, integrando diversos tipos de conhecimento e variadas teorias^{5,6}.

Não obstante, a prática profissional efetiva tem assumido características idênticas ao modelo biomédico, focalizando principalmente a doença e o ambiente de serviços de saúde como meio de se atingir o bem-estar do ser humano. Assim, são esquecidos outros aspectos do ser humano em situação de fragilidade que fazem parte do seu universo, principalmente no que diz respeito ao cuidado prestado fora do ambiente hospitalar⁷.

Com relação ao cuidado e às pessoas que cuidam, o domicílio e o cuidador familiar são focos importantes de atenção para a enfermagem. O cuidado de enfermagem como componente do cuidado à saúde deve considerar o processo saúde-doença na comunidade, verificando-se as necessidades de saúde como conceito estruturante e integralidade e equidade como determinantes da atenção, envolvendo o acesso, acolhimento, vínculo, resolutividade e autonomia (autocuidado), e na família, observando-se o lugar social: desigualdades, exclusão social (cultura), crenças, práticas de saúde, valores familiares, papéis de familiares, padrões de comunicação, enfrentamento familiar e mudanças na saúde de seus membros^{6,8}.

Para inserir o cuidado de enfermagem na família, esta deve ser pensada como unidade de saúde, tendo-se como objetivos desta intervenção a promoção e prevenção da saúde, com diagnóstico precoce para o tratamento e reabilitação. O cuidado é realizado por redes que envolvem a própria família, o sistema de saúde, a enfermagem e os outros ramos profissionais da saúde, a intersetorialidade das ações e as redes

sociais – vizinhos, voluntários organizados e não organizados, igrejas⁹.

A família é entendida como um grupo de indivíduos que são unidos por laços afetivos e pelo sentimento de pertencer a esse grupo e que se identificam como membros dessa família. É formada por um conjunto de pessoas que interagem por motivos diversos, mesmo não habitando o mesmo espaço físico. Cada membro dessa família possui seu próprio sistema de crenças, tem autonomia, forças e habilidades que lhe permitem enfrentar problemas, porém compartilha uma relação social dinâmica estruturada na cultura da família e em conformidade com a classe social em que esta esteja inserida¹⁰⁻¹¹.

Ao longo dos anos a família tem sido responsável por promover a saúde e o bem-estar de seus membros, desempenhando atividades de proteção, segurança e cuidados específicos, ao mesmo tempo que, em alguns momentos, é surpreendida com as ocorrências de agravos à saúde de seus membros familiares^{8-9,12}.

Sabendo-se que cada contato com os profissionais de saúde pode favorecer ou não a ampliação do referencial de cuidar, deve-se estabelecer uma nova relação com as famílias, levando em consideração suas opiniões e dificuldades e incentivando sua participação em todo o processo profissional de cuidar. Em determinadas situações os profissionais precisam oferecer condições de manter o núcleo familiar saudável, cuidando do doente sem que haja agravo à família como um todo, com propostas adequadas de cuidado à família e uma relação que permita a promoção da permeabilidade entre o cuidado profissional e o familiar¹²⁻¹³.

Outro desafio para o trabalho com famílias são as transformações pelas quais a família vem passando nas últimas décadas. Tais mudanças, combinadas com a propagação da pobreza e da violência e o incremento e expansão de comportamentos de risco, estão exercendo significativa pressão sobre a família. O impacto da interação entre as mudanças nas estruturas familiares e populacionais e os padrões de doença precisa ser adequadamente atendido e documentado¹⁴.

Com o advento do SUS e a implantação do modelo assistencial Saúde da Família, procurou-se minimizar o efeito fragmentário das políticas sociais, as quais vinham implementando programas voltados à mulher, à criança ou ao idoso que priorizavam o atendimento individual, desconsiderando o universo familiar e comunitário em que vivem as pessoas¹⁵.

A estratégia de Saúde da Família é fundamentada em uma concepção de atenção à saúde focada na família e na comunidade, com práticas que apontam para o estabelecimento de novas relações entre os profissionais de saúde e a comunidade. Nesta atividade, o enfermeiro deve possuir uma visão crítica e uma prática competente e resolutiva em saúde, que envolva ações de promoção, prevenção, recuperação e reabilitação^{12,16}.

Estas ações podem ser desenvolvidas também na forma de projetos de extensão vinculados ao ensino de graduação de enfermeiros e de profissionais das diversas áreas da saúde, pois vários temas contemporâneos só podem ser tratados interdisciplinarmente e no âmbito da família. O preparo da família para ser um recurso no enfrentamento de problemas de saúde de seus membros oportuniza ao estudante vivenciar uma forma diferente de cuidado, compartilhar o seu saber e reacomodar as suas ações, respeitando a cultura e a história de vida da família¹⁶.

Uma das estratégias para atingir as famílias com atividades de promoção e proteção da saúde consiste em os profissionais da saúde visitarem os domicílios. Os objetivos da VD se direcionam para uma melhor compreensão do ambiente sócio-habitacional em que o cliente está inserido, de modo a permitir aos profissionais de saúde abordarem, além das questões biológicas, também problemas sociais e emocionais, criando estratégias de promoção e prevenção à saúde, e, conseqüentemente, diminuindo sua dependência para com os serviços de Saúde^{13,17}.

A VD é a atenção dispensada no domicílio para cumprir procedimentos, principalmente de enfermagem, cujo conteúdo educativo e assistencial é relacionado ao cliente objeto da visita, mas também ao grupo familiar. Possibilita à equipe de saúde a oportunidade de prestar uma assistência dirigida ao cliente e à família, visando torná-los mais independentes dos serviços de saúde.¹⁸ É entendida como método, técnica e instrumento no qual se estabelecem a escuta qualificada, o vínculo e o acolhimento sobre bases éticas, humanas e profissionais¹².

A visita domiciliar reúne pelo menos três tecnologias leves a serem aprendidas e desenvolvidas: a observação, indicando a atenção aos detalhes dos fatos e relatos apresentados durante a visita; a entrevista, implicando o diálogo com a sua devida finalidade e não apenas uma conversa empírica; e o relato oral ou história, momento em que as pessoas

revelam como dão sentido às suas vidas, dentro dos limites e da liberdade que lhes são concedidos¹⁸.

A VD é entendida como o deslocamento do profissional até o domicílio do usuário com as finalidades de atenção à saúde, aprendizagem ou investigação, e pode ser considerada como um método, uma tecnologia e um instrumento. Enquanto método, inscreve-se como possibilidade nas abordagens qualitativas; enquanto tecnologia, é do tipo *leve-dura* e requer competências (saberes, habilidades e atitudes), especialmente quanto à interação, à observação e à comunicação; e enquanto instrumento, faz uso do planejamento e do registro orientados por um roteiro^{12, 18}.

3. A ARTICULAÇÃO DA TEORIA COM A VISITA DOMICILIAR AO INTOXICADO

Os denominados “Centros de Controle de Intoxicações” foram criados em 1953, em Illinois - EUA, quando médicos pediatras sentiram a necessidade de implantar serviços que auxiliassem no controle e no tratamento das intoxicações. No Brasil, o primeiro desses serviços, chamado Centro de Controle de Intoxicações, foi criado em 1963, no município de São Paulo. Teve como objetivo socorrer os casos de intoxicação pediátrica, além de atuar no campo da pesquisa e da informação toxicológica; mas ao longo do tempo seus serviços foram ampliados para o atendimento de adultos¹⁹.

Os centros de informação e assistência toxicológica brasileiros (CIATs) são unidades especializadas, cujas funções variam segundo sua inserção e recursos. Entre essas funções estão: o fornecimento de informação e orientação telefônica sobre o diagnóstico, o prognóstico, o tratamento e a prevenção de intoxicações e sobre a toxicidade das substâncias químicas e os riscos que elas ocasionam para a saúde; a prestação de atendimento presencial ao paciente intoxicado em qualquer nível de complexidade; a realização ou a viabilização de análises toxicológicas de urgência e de rotina para diagnóstico e monitoramento das intoxicações; o desenvolvimento e a participação em atividades educativas e preventivas na área de toxicologia e toxinologia; o registro dos atendimentos e a disponibilização dos dados; e a capacitação de profissionais de saúde para atendimento nessas áreas¹⁹.

O Centro de Controle de Intoxicações do Hospital Universitário Regional de Maringá (CCI/HUM), integrante do Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX) e da Rede Nacional

de Informação e Assistência Toxicológica (RENACIAT), é um órgão de assessoria na área de urgências toxicológicas que fornece informações toxicológicas a profissionais da saúde e à população em geral, contribui para a vigilância epidemiológica das intoxicações (toxicovigilância) e desenvolve ações educativas e atividades científicas. Os indivíduos intoxicados são cadastrados no CCI/HUM por meio do preenchimento da ficha de notificação e de atendimento (OT), em modelo padronizado nacionalmente, visto que a investigação dos casos possibilita o levantamento das relações causais das ocorrências e a formulação de ações de prevenção e controle destas.

A intoxicação humana é definida como um conjunto de efeitos adversos, provocados pela exposição e interação de um agente químico encontrado no ambiente – em plantas, animais peçonhentos ou venenosos, agrotóxicos, medicamentos, produtos de uso industrial, produtos de uso domiciliar –, com consequências clínicas, reveladas por um conjunto de sinais e sintomas tóxicos, ou apenas bioquímicas²⁰. Constitui uma das principais causas de atendimentos em unidades de emergência em nosso país. Dados do SINITOX apontam a ocorrência de 111.362 casos de intoxicação no Brasil em 2007²¹⁻²².

Diversas estratégias têm sido sugeridas para minimizar este problema de saúde pública, as quais incluem intervenção por meio de legislação apropriada, por exemplo, frascos de medicamento com tampa inviolável, e programas de educação em saúde, contemplando a realidade social de uma determinada região-alvo, para diminuição dos fatores de risco para intoxicações.

Considerando-se que a maioria das intoxicações ocorre no ambiente domiciliar, uma das vantagens da VD como estratégia de prevenção das intoxicações é proporcionar ao indivíduo ou família conhecê-las dentro do seu próprio contexto, e ao visitante, reconhecer os recursos dessa família para a prevenção. Nas VDs é possível confirmar e avaliar a presença domiciliar do agente causal da intoxicação, assim como o local e as medidas de segurança no armazenamento e o potencial para a intoxicação no domicílio¹⁷.

Sabe-se que existe a falta de conhecimento sobre a importância da segurança correta de produtos tóxicos, decorrente de fatores como a falta de orientação para o uso adequado, descuido dos responsáveis pelo indivíduo intoxicado e a própria cultura da população consumidora dos produtos tóxicos. Por exemplo, pais

e profissionais de saúde associam medicamentos a produtos com paladar prazeroso, como balas e doces, para facilitar à criança a ingestão do medicamento na ocasião necessária, desconsiderando que, se esta relação é estabelecida pela criança, ela pode ingerir medicamentos em outras situações desnecessárias²³.

Os produtos encontrados nos domicílios possuem composição e toxicidade variadas, o que demonstra que a casa não pode ser considerada um ambiente sempre saudável. O armazenamento e uso inadequados destes produtos têm colaborado para a ocorrência de casos graves de intoxicação, de modo que, ao analisar os possíveis perigos do ambiente domiciliar, os profissionais da saúde devem estar aptos para fornecer orientações preventivas, visto que a maioria dos acidentes ocorre no lar¹⁷.

Baseado nestas premissas, o CCI/HUM mantém, desde 1992, o Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado (PROVIDI) como método de assistência domiciliar, com a imagem-objetivo de diminuir (re)intoxicações e difundir comportamentos preventivos.

O PROVIDI difunde comportamentos preventivos por meio de orientações adaptadas às formas de viver das famílias, do cuidado profissional e do encaminhamento dos egressos de intoxicação para serviços de referência de assistência toxicológica do CCI/HUM e outros indicados, de forma a estabelecer a continuidade da linha de cuidado. Tem como diretrizes do projeto terapêutico a definição do sujeito do cuidado, o estabelecimento do grau de dependência da família, o reconhecimento do potencial para o autocuidado do cuidador e da família e o reconhecimento de crenças familiares sobre a manutenção da saúde.

Como objetivos tecno-operacionais, as atividades realizadas são destinadas a avaliar a evolução clínica dos egressos de intoxicações pelas diversas circunstâncias e agentes tóxicos bem como a evolução psicossocial de egressos de intoxicação por tentativa de suicídio. Além disso, elas devem oferecer agendamento para os ambulatórios de psicologia, toxicologia, toxicologia Infantil e saúde do trabalhador do CCI/HUM, complementar dados faltosos nas fichas OT, avaliar as condições do domicílio, orientar o paciente e sua família quanto aos riscos e medidas de prevenção contra intoxicações e divulgar o trabalho do CCI/HUM na comunidade.

Os integrantes do PROVIDI são acadêmicos dos cursos de Enfermagem e de Psicologia da Universidade Estadual de Maringá (UEM), supervisionados e acompanhados por uma enfermeira e uma psicóloga

integrantes da equipe técnica do CCI/HUM e por mestrands do Curso de Mestrado em Enfermagem da UEM, compondo duas equipes: a Equipe de Enfermagem e a Equipe de Saúde Mental.

O público-alvo são famílias residentes em Maringá - Paraná e municípios de seu entorno, egressas de intoxicação grave ou com possível dano tardio decorrente da intoxicação, principalmente intoxicações na infância e casos de tentativa de suicídio. Para o cumprimento do processo técnico-científico preconizado para a realização das visitas domiciliares (planejamento ou preparação, execução e avaliação)^{12-13, 17, 18} foi estabelecido um protocolo de atividades, em documento denominado Normas do Programa de Visita Domiciliar ao Intoxicado.

A **seleção** das visitas é feita a partir dos casos notificados por serviços de saúde atendidos pelos estagiários plantonistas do CCI/HUM e registrados nas fichas de ocorrência toxicológica (OT). Nessas fichas constam dados pessoais do paciente, a história de sua intoxicação, o tratamento proposto pelo CCI/HUM, o tratamento efetivamente realizado, exames complementares realizados e a evolução clínica.

Após análise das fichas OT e discussão dos casos selecionados em reunião com estagiários e a equipe técnica do CCI/HUM, a possibilidade de VD é comunicada, por via telefônica aos pacientes e famílias selecionados pela Equipe de Enfermagem, e, em alguns casos, as famílias elegem o melhor momento, dentro do horário estabelecido, para a realização das VDs. Não existe obrigatoriedade da confirmação da VD para a escolha das famílias assistidas, porém é imprescindível que o endereço na ficha OT esteja completamente preenchido.

A Equipe de Saúde Mental não realiza contato telefônico com as famílias previamente à VD. Reconhece o estigma da TS, observado a partir do uso de rótulos negativos que desqualificam uma pessoa e são gerados pela desinformação e pelo preconceito²⁴, e o respeito à privacidade do paciente e da própria família, caso esta não tenha conhecimento da TS ou deseje manter o sigilo da ocorrência na comunidade, evitando o rótulo, a discriminação e a exclusão social.

Após a seleção (e confirmação) das visitas, são preenchidos os itens iniciais das fichas do PROVIDI. Cada equipe tem uma ficha específica – Ficha de VD da Equipe de Enfermagem e Ficha de VD da Equipe de Saúde Mental – sendo preenchidos os seguintes campos: Dados de identificação do paciente; Dados da intoxicação; Dados faltosos a serem complementados na Ficha OT; e História da intoxicação. Também é preenchida uma ficha técnica de produto, com

informações toxicológicas sobre o(s) agente(s) causador(es) da intoxicação, com a finalidade de facilitar ao acadêmico esclarecer dúvidas que a família possa ter com relação a este(s) agente(s), principalmente efeitos tardios decorrentes da intoxicação.

Ainda na fase de preparação da VD são separados fôlderes educativos, cartões de agendamento para os ambulatorios do CCI/HUM e materiais para avaliação e intervenção de enfermagem no domicílio – termômetro digital, *kit* para verificação de pressão arterial, abaixador de língua, equipamento de proteção individual e dispositivo com álcool gel.

Na **realização** da VD os integrantes da equipe identificam-se ao paciente ou familiar responsável e solicitam informações sobre o atendimento à intoxicação, o tratamento efetuado e a possível existência de qualquer sinal ou sintoma decorrentes da intoxicação. É papel da equipe orientar quanto ao agente causal da intoxicação, a sintomatologia esperada, os efeitos tardios e o tratamento realizado, bem como observar as condições habitacionais da família, principalmente a presença de fatores de risco e de proteção contra intoxicações no ambiente doméstico, com vista a orientá-la sobre prevenção de acidentes, particularmente de intoxicações, e a conduta adequada de socorros domiciliares e de encaminhamento a serviços de saúde para os casos de intoxicação.

Por fim, a equipe realiza procedimentos técnicos de enfermagem, quando indicados ou quando requisitados por um familiar, como, por exemplo: verificação de sinais vitais; entrega e discussão do fôlder educativo específico para o agente tóxico e circunstância do caso; divulgação dos serviços do CCI/HUM e dos números do “Disque Intoxicação” local e nacional; viabilização do agendamento ambulatorial toxicológico ou psicológico, se necessário; e orientação sobre outros problemas de saúde na família, na perspectiva da integralidade.

É preenchida, então, a ficha de VD, com dados técnicos da VD específicos para cada equipe e baseados em sua realização, e, também, dados relacionados ao convívio familiar e à saúde de acordo com as informações fornecidas pelo paciente e/ou família.

Após a **discussão e avaliação** da VD, em dia posterior à sua realização, é feito o preenchimento, na ficha de VD, dos itens condições de moradia, forma de recepção à equipe, atenção e compreensão da família quanto às orientações fornecidas, conduta às queixas referidas e dificuldades encontradas para a realização

da VD, e as impressões pessoais do visitador sobre a visita. Esta discussão direciona a necessidade e a viabilidade de outra visita domiciliar à família ou encaminhamento à equipe da Estratégia de Saúde da Família da área de abrangência do domicílio.¹⁵

Dados incompletos da ficha OT do paciente, se existirem, são complementados com as informações obtidas durante a visita domiciliar, em um mecanismo de contrarreferência interinstitucional. Quando a VD não é efetivada, registra-se na ficha OT o motivo da não realização (endereço errado, família ausente do domicílio, recusa à recepção da equipe, etc.)

A realização de **ações integradoras de ensino, extensão e pesquisa**, visto tratar-se de um projeto acadêmico, dá-se pela elaboração de publicações e comunicações científicas em eventos da área da Saúde e Educação, pela participação em reuniões periódicas da equipe do Programa e da equipe de profissionais e estagiários do CCI/HUM e pela divulgação da casuística anual das visitas na mídia, para avaliação de resultados e implementação de novas estratégias de prevenção de intoxicações na comunidade.

Entre as facilidades para a realização do PROVIDI, a existência de um serviço de saúde especializado e acadêmico de referência, configurado no CCI/HUM, proporciona maior tranquilidade às equipes de visitadores, principalmente quanto à referência de pacientes ou familiares. Também protocolos toxicológicos, normas técnicas e administrativas, gestão colegiada e reuniões periódicas de integrantes do Programa facilitam sua execução.

Na maioria das VDs as equipes são convidadas a adentrar na residência e nota-se a facilidade para comunicação com os pacientes e famílias. Em raros casos, as equipes do PROVIDI deparam-se com o desinteresse das famílias, principalmente daquelas nas quais o “saber popular” inadequado – como proteção da família com plantas tóxicas no peridomicílio, uso de leite como “antídoto universal” e provocação do vômito como “limpeza do estômago” – prevalece sobre orientações adequadas, ou das que se sentem estigmatizadas pela ocorrência da intoxicação em seu meio familiar, tais como tentativas de suicídio e intoxicações infantis graves.

Outras dificuldades são aquelas referentes a condições climáticas e operacionais que dificultam o deslocamento das equipes e a abordagem dos domicílios nos dias delimitados para as VDs, com tempo chuvoso e a indisponibilidade de transporte, e o endereço incorreto informado pelos pacientes quando são atendidos nos serviços de saúde,

principalmente nos casos de TS e uso abusivo de drogas.

Normalmente as ocorrências toxicológicas são eventos agudos. Quando as equipes do PROVIDI acessam a família e o domicílio, geralmente já não existem os “problemas decorrentes da intoxicação”, mas se encontra uma diversidade de cenários durante as VDs. A diretriz da VD parte do acidente toxicológico, porém se volta ao desenvolvimento de atividades de proteção e de promoção da saúde com foco na família, para a recuperação do indivíduo intoxicado e o autocuidado familiar, de acordo com sua realidade.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Nos anos de vivência de visitas a domicílios de intoxicados observou-se que produtos altamente tóxicos são facilmente encontrados em todos os ambientes da casa; mas, se pode ser imputada à família a responsabilidade pela ocorrência de um episódio de intoxicação, não é somente o intoxicado que sofre as consequências físicas ou emocionais, pois todos os membros da família também são afetados, vivenciando angústias, medos, dúvidas e culpas.

A complexidade da situação socioeconômica, com suas múltiplas determinações e variáveis, contribui significativamente para o entendimento do processo saúde-doença nestas famílias, principalmente em seus determinantes sociais. O cuidado à saúde apresenta diversidades, levando os visitantes a compreender a pluralidade de interpretações, divergências e negociações que envolvem os episódios de sofrimento dessas famílias.

Considerando-se o compromisso do cuidado de enfermagem com o acesso, acolhimento, vínculo, resolutividade e autonomia (autocuidado) da família, o respeito às suas crenças, práticas de saúde e valores (principalmente dos cuidadores familiares) e os padrões de comunicação nas famílias, às atividades do PROVIDI são voltadas ao enfrentamento familiar com vistas à mudança na saúde de seus membros, pensando a família como unidade de saúde.

A importância do PROVIDI reside ainda em promover a organização do processo de trabalho de equipes visitadoras, a incorporação de conhecimentos técnico-científicos pelos acadêmicos participantes e a aproximação dos conceitos de cuidado-família à assistência toxicológica e à saúde das famílias.

O cuidado domiciliar nos remete às peculiaridades do contexto de vida das famílias às quais está associado o sistema informal de cuidado familiar.

Durante a execução do PROVIDI foram encontradas famílias que não exercem seu papel de proporcionar os cuidados necessários, e até famílias em que os maus-tratos e a violência intrafamiliar eram explicitados pelos intoxicados, mostrando que o domicílio e as famílias eram desencadeantes e facilitadores da intoxicação. A proximidade das equipes de visitantes ou de Saúde da Família não garante a mudança dessas situações.

Entre os aspectos positivos da relação entre o PROVIDI e as famílias citam-se a viabilização indireta de acesso à assistência à saúde de pessoas e famílias que anteriormente não o tinham e o vínculo estabelecido entre as equipes de VD e as famílias, por meio da parceria terapêutica nos serviços ambulatoriais do CCI/HUM e o encaminhamento para equipes de Saúde da Família.

Além disso, quando se exerce o cuidado no domicílio, a assistência interdisciplinar (envolvendo a enfermagem e os demais profissionais da saúde), a intersetorialidade das ações e o papel emergente das redes sociais (vizinhos, voluntários organizados e não organizados e igrejas) são percebidos e demandados como prioridades para a resolutividade das ações.

Uma dificuldade encontrada em relação ao Programa é a ausência de literatura científica sobre a avaliação do cuidado domiciliar, embora existam critérios e padronização para sua realização. Observa-se a existência de alguns exemplos de artigos com conceituação e avaliação de estrutura para as VDs, de satisfação dos usuários e de avaliação comparativa de custos entre internação hospitalar e assistência domiciliar, mas é escassa produção científica referente à avaliação da efetividade do processo e dos resultados das visitas domiciliares.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Fonseca RMGS, Egry EY. Oficina de trabalho inserindo a perspectiva de gênero na prática da enfermagem. 47º Congresso Brasileiro de Enfermagem; Goiânia, GO. Goiânia: Associação Brasileira de Enfermagem-Seção Goiás; 1995.
2. Bub MBC, Silva CD, Wink S, Liss P, Santos EKA. A noção de cuidado de si mesmo e o conceito de autocuidado na enfermagem. *Texto & contexto enferm.* 2006; 15(supl.): 152-7.
3. Bosi MLM, Uchimura KY. Avaliação da qualidade ou avaliação qualitativa do cuidado em saúde. *Rev Saúde Públ.* 2007 Fev; 41(1):150-3.
4. Ayres JRCM. Cuidado e reconstrução das práticas de saúde. *Interface (Botucatu).* 2004 Set/Fev; 8(14): 73-92.
5. Andrade OG, Rodrigues RAP. Abordagem holística do sistema de cuidado familiar do idoso com acidente vascular cerebral. *Cienc cuid saude.* 2002;1(1):193-9.
6. Malvárez, S. El reto de cuidar en un mundo globalizado. *Texto & contexto enferm.* 2007; 16(3): 520-30.

7. Andrade OG. Suporte ao sistema de cuidado familiar ao idoso com acidente vascular cerebral: uma abordagem holística [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2001.
8. Marcon SS, Radovanovic CAT, Waidman MAP, Oliveira MLF, Sales CA. Vivência e reflexões de um grupo de estudos junto às famílias que enfrentam a situação crônica de saúde. *Texto contexto enferm.* 2005;14(spe):116-24.
9. Elsen, I. Cuidado familiar: uma proposta inicial de sistematização conceitual. In: Elsen I, Marcon SS, Santos MR. *O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.* Maringá: Eduem; 2002. p.11-24
10. Rodrigues MSP, Sobrinho EHG, Silva RM. A família e sua importância na formação do cidadão. *Fam Saúde Desenv*, 2000; 2(2):40-8.
11. Perdigão AC. A ética do cuidado na internação comunitária e social: os pressupostos filosóficos. *Análise Psicológica*; 4(23):485-97.
12. Lopes WO, Saupe R, Massaroli A. Visita domiciliar: tecnologia para o cuidado, o ensino e a pesquisa *Cienc cuid saude* 2008 abr/jun; 7(2):241-7
13. Sakata KN, Almeida MCP, Alvarenga AM, Craco PF, Pereira MJB. Concepções da equipe de saúde da família sobre as visitas domiciliares. *Rev bras enferm.* 2007 nov/dez; 60(6): 659-64.
14. Machado HB, Soprano ATB. A família como foco para a extensão universitária. *Fam saúde desenv.* 2003 jan/abr; 5(1):57-65.
15. Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria Executiva. Programa saúde da família. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.
16. Pereira MJB. O trabalho da enfermeira no serviço de assistência domiciliar: potência para (re) construção da prática de saúde e de enfermagem [tese]. Ribeirão Preto (SP): Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo; 2001.
17. Oliveira MLF, Ballani TSL, Furlan J, Oliveira C, Durso C. Casa saudável? Investigando a presença de produtos químicos no ambiente domiciliar. *Cienc cuid saude* 2003; 2 Suppl:S 190-1.
18. Amaro S. *Visita Domiciliar: guia para uma abordagem completa.* Porto Alegre: AGE; 2003.
19. Abracit. A inserção dos centros de informação e assistência toxicológica nas redes de atenção à saúde como serviços de apoio e referência em Toxicologia Clínica. Florianópolis: Abracit; 2009.
20. Schvartsman C, Schvartsman S. Intoxicações Exógenas Agudas. *J pediatr.* 1999; 75 Suppl 2:236-42.
21. Presgrave, RF, Camacho LAB, Villas Boas MHS. Análise dos dados dos Centros de Controle de Intoxicação do Rio de Janeiro, Brasil, como subsídio às ações de saúde pública. *Cad saúde publica* 2009 fev; 25(2):401-8.
22. Brasil. Ministério da Saúde. Sistema Nacional de Informações Tóxico-Farmacológicas (SINITOX). Casos Registrados de Intoxicação Humana por Agente Tóxico e Faixa Etária. Brasil, 2007.
23. Ballani TSL, Bellasalma ACM, Labiak JR, Caviquiolli F. Aspectos desencadeantes de intoxicação verificados em domicílios de Maringá – PR, 2000. *Olho Mágico* 2003; 10(1):18-22.
24. Rangel MA violência do estigma e do preconceito à luz da representação social. *Rev bras estud pedagog.* 1993; 74(178):639-54.