

# Programa Saúde da Família

PSF

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher

## Temas da Área de Enfermagem

### Apresentação

#### Elaboração de Materiais Instrucionais para Educação à Distância do Programa de Saúde da Família

A Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo (EEUSP), através do Núcleo de Apoio às Atividades de Cultura e Extensão: Assistência de Enfermagem em Saúde Coletiva (NACE:AENSC), estabeleceu uma profícua parceria junto ao Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), que resultou na elaboração de material didático para apoiar os processos de capacitação de enfermeiros que atuam no Programa de Saúde da Família (PSF).

A missão da EEUSP no projeto foi contribuir para o processo de divulgação de conhecimentos através da produção de textos pedagógicos de circulação nacional, voltados para o fortalecimento das práticas de enfermagem em nível local de saúde, necessário para o efetivo avanço da implementação do SUS.

Apesar do entendimento de que a construção de um novo modelo assistencial não se restringe às transformações na prática de uma única categoria profissional, os textos foram dirigidos aos enfermeiros, entendendo-se que em várias situações os mesmos podem ser utilizados pela equipe como um todo no planejamento da atenção às famílias adscritas. Esse aspecto é fundamental, sobretudo na proposta do Programa de Saúde da Família, na qual o trabalho em equipe é um dos eixos fundamentais na estruturação das novas práticas.

Pautou-se no entendimento do PSF como um projeto de reorganização da atenção básica dos serviços de saúde, que pode se configurar na articulação dos modelos tecno-assistenciais, que abarcam a prática clínica informada pelo instrumental epidemiológico; à EEUSP cabe o desenvolvimento de 34 temas relacionados às intervenções de Enfermagem no PSF e aos processos de assistir e gerenciar com enfoque sobre indivíduos, famílias e coletivo, resgatando-se a operacionalização do cuidado na perspectiva da promoção da saúde.

Este material não esgota a complexidade da operacionalização do cuidado no nível local de atenção à saúde, porém se constitui num ponto de partida. Outro aspecto que merece destaque é a possibilidade de atualizações futuras do material ora disponibilizado e, ainda, a inclusão de outras temáticas não abordadas nessa primeira versão.

O desenvolvimento do material contou com o envolvimento de docentes de todos os departamentos da EEUSP para sistematizar o conhecimento resultante de pesquisas nas diversas áreas de conhecimentos da enfermagem, com o intuito de subsidiar a prática dos enfermeiros na perspectiva da construção da assistência integral em saúde.

**Profa. Dra. Anna Maria Chiesa**  
**Profa. Dra. Elizabeth Fujimori**  
**Profa. Dra. Lislaine Aparecida Fraccolli**

Outros Canais

Vídeos

Mapa do Site

Manual do Site

Ficha Técnica

Coordenadoras do Projeto na EEUSP



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSF

Maio

24

Manual de Enfermagem

- **Temas de Caráter Introdutório**
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



- ▶ Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo
- ▶ O Perfil Epidemiológico na Prática do Enfermeiro no Programa Saúde da Família
- ▶ Fundamentos da Assistência à Família em Saúde
- ▶ A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família
- ▶ Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência
- ▶ O Sistema de Informação da Atenção Básica SIAB, como Instrumento de Trabalho da Equipe no PSF: a Especificidade do Enfermeiro
- ▶ A Educação em Saúde na Prática do PSF
- ▶ A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família
- ▶ O Programa Saúde da Família na Busca da Humanização e da Ética na Atenção à Saúde
- ▶ A Saúde da Família em Situação de Exclusão Social

- [Outros Canais](#)
- [Vídeos](#)
- [Mapa do Site](#)
- [Manual do Site](#)
- [Ficha Técnica](#)



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

# PSE

Maio  
24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- **Saúde da Mulher**
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada ▶



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- **Atenção à Mulher**



## Saúde da Mulher

- ▶ Avaliação e Intervenção de Enfermagem na Gestação
- ▶ DST/AIDS, Sexualidade da Mulher e Auto-cuidado
- ▶ O Período Pós-Natal: Assistência ao Binômio Mãe-Filho
- ▶ Avaliação e Intervenção de Enfermagem no Parto Normal sem Intercorrências
- ▶ Saúde da Mulher no Curso da Vida



Instituto para o Desenvolvimento da Saúde



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



MINISTÉRIO DA SAÚDE



[Outros Canais](#)

[Vídeos](#)

[Mapa do Site](#)

[Manual do Site](#)

[Ficha Técnica](#)

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- **Saúde da Criança**
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Saúde da Criança

- ▶ Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação da Criança
- ▶ Assistência de Enfermagem à Criança com Agravos Respiratórios
- ▶ Assistência de Enfermagem à Criança com Diarréia Aguda e Desidratação
- ▶ Assistência/Cuidado à Criança com Problemas Nutricionais
- ▶ Interação com a Família da Criança Cronicamente Doente
- ▶ Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde Infantil

ids

Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

USP

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



MINISTÉRIO DA SAÚDE

FUNDAÇÃO

Telefônica

[Outros Canais](#)

[Vídeos](#)

[Mapa do Site](#)

[Manual do Site](#)

[Ficha Técnica](#)



# Programa Saúde da Família

# PSE

Maio

24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- **Saúde do Adulto e do Idoso**
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- **Atenção ao Idoso**
- Atenção à Mulher



## Saúde do Adulto e do Idoso

- ▶ Alguns Aspectos do Tratamento de Feridas no Domicílio
- ▶ Autonomia, Dependência e Incapacidades - Aplicabilidade dos Conceitos na Saúde do Adulto e do Idoso
- ▶ Assistência de Enfermagem no Câncer
- ▶ Atuação da Equipe de Enfermagem na Hipertensão Arterial
- ▶ Educação para o Controle do Diabetes Mellitus
- ▶ Controle da Dor no Domicílio
- ▶ O Processo de Envelhecimento e a Assistência ao Idoso



Instituto para o Desenvolvimento da Saúde



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



MINISTÉRIO DA SAÚDE



[Outros Canais](#)

[Vídeos](#)

[Mapa do Site](#)

[Manual do Site](#)

[Ficha Técnica](#)

# Programa Saúde da Família

# PSE

Maio  
24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- **Saúde Mental**
- Vigilância Epidemiológica



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada ▶



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Saúde Mental

- ▶ A Saúde Mental no Programa Saúde da Família
- ▶ Assistência de Enfermagem no Transtorno Psiquiátrico do Idoso
- ▶ Intervenções com Familiares no Campo Psicossocial



Instituto para o Desenvolvimento da Saúde



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



MINISTÉRIO DA SAÚDE



[Outros Canais](#)

[VÍdeos](#)

[Mapa do Site](#)

[Manual do Site](#)

[Ficha Técnica](#)

# Programa Saúde da Família

# PSF

Maio

24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- **Vigilância Epidemiológica**



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada ▶



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- **Atenção à Criança e ao Adolescente**
- **Atenção ao Adulto**
- **Atenção ao Idoso**
- **Atenção à Mulher**



## Vigilância Epidemiológica

- ▶ A Prevenção e o Controle das Doenças Transmissíveis no PSF: Estudo de Caso
- ▶ Atuação da Equipe de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica
- ▶ A Operacionalização do Conceito de Vulnerabilidade nos Contextos da Saúde da Família



Instituto para o Desenvolvimento da Saúde



UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO



MINISTÉRIO DA SAÚDE



[Outros Canais](#)

[VÍdeos](#)

[Mapa do Site](#)

[Manual do Site](#)

[Ficha Técnica](#)

# Programa Saúde da Família

# PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Abordagem do Processo Saúde-Doença das Famílias e do Coletivo

**Autores:** Lislaine Aparecida Fracoli<sup>1</sup>  
Maria Rita Bertolozzi<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 5:05:10 AM

<sup>1</sup> Professora-Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

### O que é a saúde e a doença?

Várias definições têm sido utilizadas nos meios técnico e científico na atualidade. Mas, primeiramente, é necessário deixar claro que a concepção de saúde-doença está diretamente atrelada à forma como o ser humano, no decorrer de sua existência, foi se apropriando da natureza para transformá-la, buscando o atendimento às suas necessidades. Um outro ponto a ser destacado é o fato de que a concepção de saúde-doença dá suporte aos projetos de intervenção sobre a realidade. Em outras palavras, a prática cotidiana de assistência junto aos indivíduos e aos grupos sociais é orientada pela visão que se tem de saúde, doença, vida, trabalho e assim por diante.

A concepção mais integral, que diz respeito à associação entre as condições sociais e a produção da saúde, ganhou nova força em meados da década de 70, sobretudo na América Latina, palco do desenvolvimento de processos de exclusão social, devido à adoção de determinadas políticas de ordens econômica e social. Como resposta a essa situação, na qual a maioria das populações exibe condições cada vez mais precárias em termos de

### Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

[Clique aqui para imprimir](#)



acesso ao consumo - uma vez que despojadas progressivamente de emprego e de salários dignos - desenvolve-se o embrião latente da denominada Medicina Social, que permanecera mascarada pelo advento da era bacteriológica.

Fruto desse pensar, que buscava uma compreensão diferenciada dos fenômenos sociais e inclusive de saúde, consolida-se o desenvolvimento da **Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença**, que busca relacionar a forma como a sociedade está organizada às manifestações de saúde ou de doença. E o que isso quer dizer?

Significa que a saúde-doença compõe momentos de um processo maior, que se refere à vida das pessoas, que, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm ao acesso às necessidades para viver a vida, seja a moradia, a alimentação, a educação, a saúde, o lazer, etc. Ter acesso, numa sociedade como a brasileira, depende da inserção no sistema de produção, ou seja, do local que a pessoa ocupa no trabalho. Assim, a depender da inserção no sistema de produção, poder-se-á dispor de possibilidades maiores ou menores para o consumo. Por tanto, verifica-se que a saúde-doença depende em última instância, do lugar que se ocupa na sociedade. Evidentemente que não se estão deixando de lado as características particulares de cada ser humano, conformadas através do genótipo/fenótipo. Assim, a vida humana é forjada tanto na dimensão de processos que causam danos como daqueles que protegem as pessoas.

[Próxima Página](#)



# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

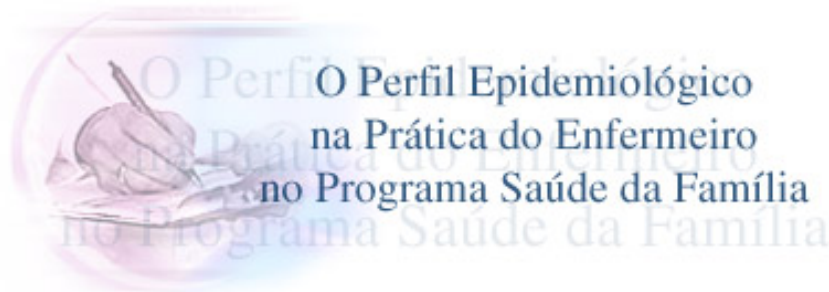
Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Maria Rita Bertolozzi <sup>1</sup>

Lislaine Aparecida  
Fracolli<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:29:10 AM

<sup>1</sup> Professora-Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

## O que são Perfis Epidemiológicos

Historicamente, o conhecimento epidemiológico tem sido aplicado no controle de saúde das populações. Segundo FONSECA; BERTOLOZZI (1997), a palavra epidemiologia significa etimologicamente "...ciência do que ocorre (se abate) sobre o povo." O desenvolvimento de ações voltadas ao controle de saúde do coletivo e não somente do corpo individual acompanhou a redefinição progressiva da medicina como prática social.

Um marco nessa redefinição das práticas da medicina e da epidemiologia foi a Revolução Industrial, pois, até então, a medicina era a prática dominante em saúde, voltada primordialmente ao atendimento do corpo individual. O Estado capitalista, instaurado para responder às exigências do capital, passou a preocupar-se em vigiar as condições de saúde das populações, pois estava interessado no controle e na reprodução da força de trabalho, absolutamente necessários para garantir o processo de acumulação capitalista.

É importante considerar que a epidemiologia e as correntes de pensamento emergentes

nessa época influenciaram a enfermagem. Segundo FONSECA; BERTOLOZZI (1997), Florence Nightingale teve uma importante contribuição para o redirecionamento da enfermagem, com base no conhecimento epidemiológico da época, e isso pode ser evidenciado quando Florence concebe a doença como "...um esforço da natureza para restaurar a saúde, e a ação da enfermagem como sendo a de favorecer esse processo reparativo, mediante o uso do ar puro, da luz e do calor, da limpeza, do repouso e da dieta, com um mínimo dispêndio das energias vitais do paciente, de modo a mantê-lo nas melhores condições para que a natureza pudesse nele agir." (FONSECA; BERTOLOZZI *apud* CASTRO, 1997). Essas autoras consideram ainda que Florence "...construiu a enfermagem visando a manutenção de condições ótimas para a recuperação da saúde...", enfatizando a atenção individual, embora desde o início de seu trabalho, na Guerra da Criméia, tenha baseado suas ações na observação do coletivo, ao estudar as condições em que viviam os soldados feridos que, segundo a mesma, "...matavam muito mais que os próprios ferimentos de combate." A visão de Florence sobre o processo saúde-doença, conforme FONSECA; BERTOLOZZI (1997) constituía-se como um misto de várias concepções e seu livro foi reconhecido por líderes da ciência médico-sanitária como um trabalho muito importante pois, em sua essência, revela a visão da autora sobre as necessidades de limpeza do ar, da água, das pessoas, das roupas e dos ambientes, além da iluminação, do silêncio e da ordenação do dormitório do doente.

Tanto a Medicina Social quanto a Saúde Pública valeram-se do conhecimento epidemiológico para realizar as ações de controle da saúde do coletivo, uma vez que, desde o seu nascimento, a Epidemiologia, como disciplina básica para a operacionalização dos projetos de intervenção, se propôs a estudar a distribuição e os determinantes das doenças e dos agravos que desigualmente atingem a sociedade.

Os movimentos sociais de 1968, que contestavam o processo de exploração capitalista e buscavam uma forma de organização das sociedades que promovesse a justiça social, reavivaram os projetos político e ideológico em que se fundamenta a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, à luz da qual, o processo saúde-doença da coletividade é entendido como sendo: "...o modo específico pelo qual ocorre nos grupos o processo biológico de desgaste e reprodução, destacando como momentos particulares a presença de um funcionamento biológico diferente, com conseqüências para o desenvolvimento regular das atividades quotidianas, isto é, o surgimento da doença." (LAURELL, 1983).

Surgem, então, os primeiros estudos que impulsionaram a constituição do novo conhecimento epidemiológico, e que conformaram a Epidemiologia Social. Apoiado no valioso instrumental da Epidemiologia Clássica, o campo da Epidemiologia Crítica, que se associou à constituição do campo da Saúde Coletiva, fundamentou-se na compreensão de saúde e doença, que coloca no centro da explicação dos determinantes da saúde: o trabalho - a produção capitalista - e, a ele subordinado, a vida - o consumo sob o comando do processo de acumulação capitalista.

Contrária à explicação meramente biológica do processo saúde-doença, a Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença declara que os processos construtores e destrutivos da saúde (processos de fortalecimento e de desgaste), portanto, os

determinantes da saúde e da doença são parte dos processos de integração do homem no trabalho (formas de trabalhar) e na vida (formas de viver).

Próxima Página



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Fundamentos da Assistência à Família em Saúde

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Profa. Dra. Margareth Angelo<sup>1</sup>

Profa. Dra. Regina Szyllit Bouso<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:29:00 AM

<sup>1</sup> Prof. Titular da EEUSP, Coordenadora do Grupo de Estudos de Enfermagem da Família.

<sup>2</sup> Prof. Doutor da EEUSP, Membro do Grupo de Estudos de Enfermagem da Família.

### Introdução

A família como unidade de cuidado é a perspectiva que dá sentido ao processo de trabalho do Programa de Saúde da Família (P.S.F.). Esta perspectiva tem as seguintes características:

1. Requer que se defina família.
2. A assistência está voltada à experiência da família ao longo do tempo, ou seja, considera a sua história pregressa, atual e se preocupa com o futuro do grupo familiar.
3. É dirigida à família, cujos membros encontram-se tanto sadios como doentes.
4. O sistema familiar é influenciado por qualquer mudança de seus membros.
5. Reconhece que a pessoa mais sintomática (doente) da família pode mudar com o tempo.

6. Considera os relacionamentos entre os membros da família e reconhece que em algumas situações, todos os indivíduos e o grupo familiar não atingirão o máximo de saúde simultaneamente.

7. Busca focalizar as forças dos membros da família e do grupo familiar para promover o apoio mútuo e o crescimento quando possível.

8. Considera os contextos cultural e da comunidade do grupo familiar, na facilitação da relações entre a família e a comunidade.

9. Implica no profissional interagir com a família.

### O que é família?

É uma palavra que desperta diferentes imagens. Dependendo da área (Sociologia, Biologia, Direito por exemplo) e das variáveis selecionadas (ambiental, cultural, social ou religiosa, entre outras), podem-se focalizar aspectos específicos da família., o que resulta em uma gama muito ampla de definições possíveis.

No entanto, para fins operacionais de processo de trabalho e de comunicação, é fundamental que uma definição seja adotada e partilhada pelos membros da equipe. Assim, pode-se considerar a família como um sistema ou uma unidade cujos membros podem ou não estar relacionados ou viver juntos, pode conter ou não crianças, sendo elas de um único pai ou não. Nela existe um compromisso e um vínculo entre os seus membros e as funções de cuidado da unidade consistem em proteção, alimentação e socialização.

O aspecto relevante desses atributos é que eles permitem que sejam incluídas na definição as várias formas de constituição familiar prevalentes na sociedade.

Ainda em relação ao aspecto operacional, a definição deve também considerar as crenças da família sobre sua concepção de família. Assim, é fundamental perguntar, quem a família considera ser "família", ainda que o P.S.F. só cadastre os componentes de famílias que residirem na área de abrangência.

[Próxima Página](#)

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## A Enfermagem e o Cuidado na Saúde da Família

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Profa. Dra. Regina Szylit Bousso<sup>1</sup>

Profa. Dra. Margareth Angelo<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:28:48 AM

<sup>1</sup> Prof. Doutor da EEUSP, Membro do Grupo de Estudos de Enfermagem da Família.

<sup>2</sup> Prof. Titular da EEUSP, Coordenadora do Grupo de Estudos de Enfermagem da Família.

Em nossa realidade, o atendimento a uma família sempre se dá em função do surgimento de uma doença em um de seus membros. Raramente olhamos a família como um grupo de pessoas que necessita de uma intervenção, seja por dificuldades de relacionamentos surgidos, por exemplo, em função da doença, ou, simplesmente, por estarem sofrendo com o surgimento da doença em um de seus integrantes.

Na saúde da família, deve-se olhá-la de maneira a compreender o problema particular da doença numa abordagem que contemple o seu contexto. É preciso perguntar:

- Como a família está vivendo a chegada da doença?
- Quais foram as mudanças na família desde que o indivíduo ficou doente?
- Quem está sofrendo mais com a doença?

Assim, para trabalhar na perspectiva de família, é necessário acreditar que a doença é uma

experiência que envolve toda a família. Esse pressuposto permite que os enfermeiros pensem e envolvam todos os seus membros na sua assistência.

O processo de cuidar da família pode ser entendido como uma metodologia de ação baseada em um referencial teórico, isto é, o enfermeiro tem de ser competente em acessar e intervir com as famílias num relacionamento cooperativo - profissional/família, tendo como base uma fundamentação teórica. Para tanto, deve aliar os conhecimentos científico e tecnológico às habilidades de observação, comunicação e intuição.

### Objetivos da Intervenção

O cuidado na saúde da família tem como objetivo a promoção da saúde através da mudança. A proposta é ajudar a família a criar novas formas de interação para lidar com a doença, dando novos significados para a experiência de doença. Deve-se conhecer, por exemplo, o que a família pensa sobre o que causou a doença e as possibilidades de cura, a fim de ajudar a família a modificar crenças que dificultam a implementação de estratégias para lidar com o cuidado da pessoa que está doente.

### Estratégias

As estratégias devem ser no sentido não só de conhecer o impacto da doença sobre a família, mas também de investigar como as interações entre os seus membros influenciam no desenvolvimento do processo de saúde e doença.

#### 1. Utilizar um modelo de avaliação e intervenção

É importante que na prática clínica com famílias, os enfermeiros adotem uma estrutura conceitual para basear sua avaliação de família. Considerando a dinâmica de trabalho do Programa de Saúde da Família, no qual o enfermeiro deve atender a mil famílias, o uso de alguma estrutura conceitual facilita a síntese dos dados da família, elucidando as dificuldades e as facilidades da família em relação à experiência com a doença. O uso de estruturas conceituais facilita na organização dos dados, direcionando o foco de intervenção.

O modelo de avaliação aqui sugerido é composto de fundamentações teóricas de várias disciplinas e que resultou em uma estrutura multidimensional, com três grandes categorias relacionadas à família: estrutural, de desenvolvimento e funcional. (CFAM, 1984).

Os aspectos mais importantes da avaliação estrutural que podem ser explorados referem-se a:

#### Avaliação Estrutural da Família - O que perguntar:

Quem faz parte da família?

Como se dá o relacionamento entre os membros da família? Quem se relaciona melhor com quem dentro da família?

Como é o relacionamento da família com o meio (igreja, escola, centros comunitários)?

A avaliação estrutural da família é importante, pois, a partir dela, estamos também explorando a definição que a família tem de "família" e os princípios que fundamentam sua organização, buscando informações a respeito do que é esperado de cada um de seus membros, como: qual o papel do homem, da mulher e da criança para cada família e o que esperam de cada um.

[Próxima Página](#) ▶



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde



# Programa Saúde da Família

# PSF

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Planejamento Estratégico como Instrumento de Gestão e Assistência

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Maria Helena Trench Ciampone<sup>1</sup>

Marina Peduzzi<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:32:24 AM

<sup>1</sup> Enfermeira, Livre-Docente junto ao Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP.

<sup>2</sup> Enfermeira, Professora Doutora junto ao Departamento de Orientação Profissional da Escola de Enfermagem da USP.

### Considerações Iniciais

O PSF concebido como um projeto de reorganização da atenção básica à saúde, que busca a articulação de modelos tecno-assistenciais que abarcam a prática clínica segundo a lógica da epidemiologia social, necessita repensar os modelos de gerenciamento dos serviços, bem como as ferramentas de gestão, dentre essas, o planejamento. Acredita-se que, para atingir o grau de mudanças necessárias em uma dada realidade local, conforme proposto na concepção do PSF, com base na adscrição de clientela, no reconhecimento das necessidades da população local e na co-responsabilização da atenção aos indivíduos, às famílias, aos grupos sociais e ao ambiente, há de se desenvolver a capacidade de coordenar os recursos disponíveis, setoriais ou extra-setoriais. Para tanto, sabe-se que a participação dos diferentes atores envolvidos no processo é fundamental, particularmente a participação da população, o que vai ao encontro das premissas básicas do planejamento estratégico.

Na perspectiva da saúde da família, cabe à enfermagem, como desafio básico, redefinir sua

prática assistencial, gerencial e de ensino, com base, principalmente, na epidemiologia crítica e no modelo de atenção integral à saúde. Nesse sentido, o planejamento estratégico passa a ser um instrumento precioso para a construção dessa prática inovadora, na dupla face do trabalho da enfermagem, ou seja, tanto na dimensão do cuidado de enfermagem quanto do gerenciamento do cuidado.

Afirma-se a importância da participação de todos os atores sociais envolvidos nos problemas mapeados na realidade em nível local, requerida na visão do planejamento estratégico, bem como a conscientização de todos os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, de que o planejamento consiste em uma ferramenta de gestão fundamentalmente ético-política e comunicativa, não se restringindo à dimensão técnica. Estes são alguns dos pontos fundamentais que devem alavancar mudanças na capacitação profissional para a implementação de um modelo assistencial e gerencial aderente à proposta do Programa de Saúde da Família.

O planejamento estratégico, condizente com a teoria da determinação social do processo saúde-doença, que é contemplada na atual política de saúde, exige que a consciência ingênua seja suplantada pela consciência crítica da realidade, o que se daria também pela possibilidade de participação ampla que o planejamento estratégico requer.

Por meio do processo participativo a população "empodera-se" para tomar decisões e estabelecer prioridades, buscando parcerias na resolução de seus problemas, na perspectiva de que os avanços no setor saúde ocorram articuladamente às possibilidades de transformação geral da sociedade, rumo a um projeto de emancipação de todos os cidadãos.

BREILH (1991) refere que o território onde se realiza a vida e são gerados os transtornos de saúde não é apenas um espaço estático que opera como um imenso suporte para a vida social. Isto quer dizer que a geografia não é, frente à saúde, um simples continente de climas, contaminações, vetores, e equipamentos, mas sim um espaço historicamente estruturado, no qual se expressam as condições benéficas e destrutivas da organização social.

Segundo SANTOS (1990), o espaço, enquanto suporte biológico dos grupos humanos e das suas atividades, é reconhecido pela geografia crítica como resultado da produção, sendo historicamente determinado de acordo com a sucessão de modos de produção, onde o trabalho é a categoria central que explica as relações do homem com a natureza.

Portanto, a proposta de criação de Programas de Atenção à Saúde aplicados indistintamente em todo território nacional, sem levar em consideração as especificidades de demanda nos diferentes espaços e territórios geográficos e, principalmente, sem considerar os diferentes potenciais de benefícios e riscos de cada grupo homogêneo constituiu o escopo de diferentes propostas e planos de saúde idealizados. Estes planos ideais são concebidos em um cenário onde as múltiplas variáveis do processo saúde-doença são tomadas como equivalentes, desconsiderando a complexa dinâmica existente entre os fatores envolvidos, que, como dissemos, não são equivalentes, mas sim conflitantes e contraditórios.

O modelo do planejamento normativo, proposto nos anos 60, supunha que o planejador

conhecesse e controlasse todas as leis que regulam o funcionamento do objeto a ser planejado. Assim, seria possível elaborar um único plano, predizendo a solução ótima para os problemas mapeados, como se estes tivessem um comportamento uniforme na população. Os resultados do plano dependeriam, nessa lógica, apenas do conhecimento técnico daqueles que iriam operacionalizar as ações, eliminando-se do planejamento a esfera do político. Esse modelo de planejamento corresponde ao que MATUS chamou de "modelo determinístico".

[Próxima Página](#)



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSF

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

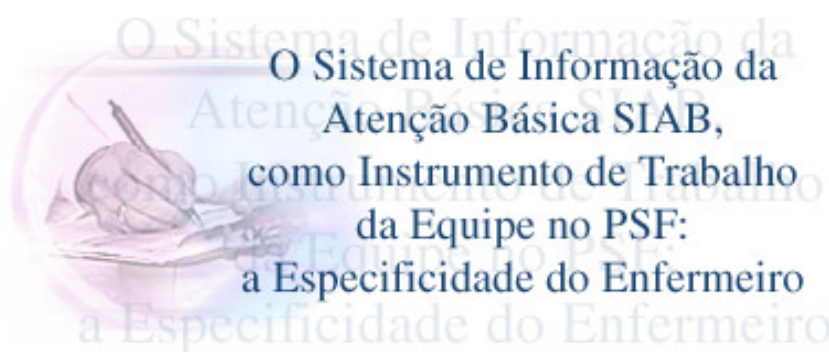
Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Lúcia Yasuko Izumi Nichiata<sup>1</sup>

Lislaine Aparecida Fracolli<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:32:02 AM

<sup>1</sup> Profa. Assistente do Depto Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

<sup>2</sup> Profa. Dra. do Depto Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

## A evolução histórica dos Sistemas de Informação em Saúde

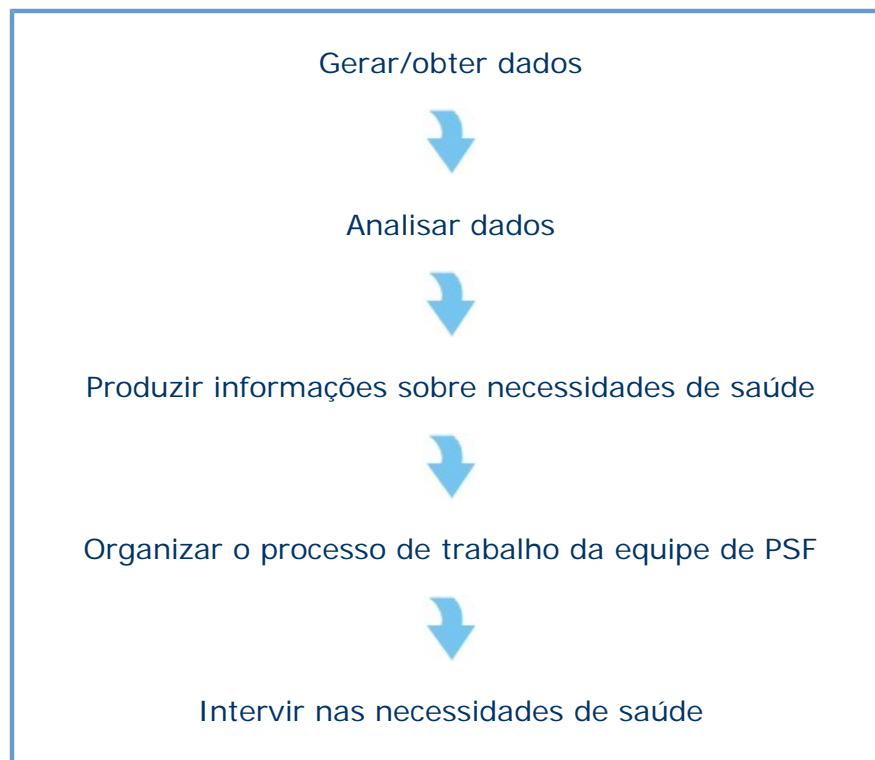
A implantação do Programa de Saúde da Família (PSF) pelo Ministério da Saúde (MS), como uma estratégia de construção de um novo modelo assistencial, que tenha por princípios a descentralização, municipalização, integralidade e qualidade das ações, tem como parte indissociável a descentralização da produção das informações em saúde.

A produção das informações em saúde de forma ágil, atualizada, completa e fidedigna, vem se conformando num importante instrumento de controle social do Sistema Único de Saúde (SUS), na medida em que possibilita à população o acompanhamento e a avaliação das atividades dos serviços de saúde. Isso também é válido para a análise das prioridades políticas a partir dos perfis epidemiológicos de determinada localidade e, principalmente, para a fiscalização da aplicação dos recursos públicos destinados à área social, conformando-se numa estratégia para a operacionalização do SUS.

O ponto de partida para a construção da informação em saúde é o conhecimento sobre o coletivo de famílias que residem numa dada localidade e a identificação das necessidades de

saúde das mesmas.

A construção de informações em saúde segue as seguintes etapas:



Para dar conta da etapa de gerar informações é preciso dispor de:

- dados demográficos, tais como, tamanho das famílias (número de filhos, parentes), tipos de família (casal com ou sem filhos, e com ou sem parentes, pessoa sozinha, caracterização do chefe de família, etc.), características dos seus membros (sexo, idade, ocupação, grau de escolaridade), condições habitacionais das famílias (disponibilidade de alimento, habitação, abastecimento de água e rede de esgoto), inserção das pessoas no mercado de trabalho, renda e patrimônio familiar e outros dados que se fizerem necessários.

- dados relativos aos agravos de saúde que incidem sobre os indivíduos/famílias, principalmente os perfis de morbidade e mortalidade da região.

- dados sobre a organização dos serviços de saúde e os recursos sociais da região onde o PSF se inscreve, particularmente no que diz respeito ao acesso, à cobertura e à efetividade dos mesmos.

As principais fontes disponíveis para obtenção desses dados são:

- Os censos demográficos (realizados a cada 10 anos pelo Instituto Brasileiro de Geografia e

Estatística): <http://www.ibge.gov.br>

- Os Sistemas de Informação Nacional: Sistema de Informação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), Sistema de Informação de Atenção Básica (SIAB), Sistema de Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM), Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), Sistema de Informações Ambulatoriais do Sistema Único de Saúde (SAI/SUS), Sistema de Informações Hospitalares (SIH/SUS), Sistema de Informações do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (SIPACS), Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) e o Sistema Nacional de Imunizações (SI-PNI): <http://www.datasus.gov.br>.

- Os relatórios de estudos realizados por instituições de pesquisa e ensino, das secretarias de governo (bem-estar social, agricultura, trabalho, etc.), de organizações não-governamentais e religiosas, de conselhos profissionais (COREN, COFEN, CRM, etc.), do IBGE (Pesquisa Brasileira por Amostragem de Domicílios - PNAD) e da própria equipe de saúde da família: <http://www.seade.gov.br>

Passa-se a discutir agora a forma como o SIAB se conforma num instrumento de informação das equipes do PSF, importante sobre os pontos de vista de planejamento e avaliação do trabalho das mesmas e também de controle social sobre o SUS.

Próxima Página



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSF

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## A Educação em Saúde na Prática do PSF

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Anna Maria Chiesa<sup>1</sup>  
 Maria De La Ó Ramallo Veríssimo<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:31:40 AM

<sup>1</sup> Enfermeira, Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

<sup>2</sup> Enfermeira, Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP

### Introdução

A prática educativa em saúde não é uma proposição recente. Na Europa, desde o século XVIII, eram elaborados almanaques populares visando difundir cuidados "higiênicos" a serem praticados por gestantes, incentivo para o cuidado com as crianças e medidas de controle das epidemias. Houve sempre uma tendência em estruturar as ações educativas no sentido de ampliar informações da população em geral sobre as principais doenças, enfatizando inúmeras **recomendações** sobre comportamentos "**certos**" ou "**errados**" relacionados à vivência das doenças e à sua prevenção.

Ao longo do tempo, podemos observar diversas formas de interpretar e explicar a ocorrência das doenças, que influenciam também a forma de se estruturar as intervenções no âmbito da educação em saúde. Apesar disso, a organização das ações educativas, ainda na atualidade, demonstra fragilidade na sua operacionalização aliada à falta de discussão mais

aprofundada sobre os referenciais teóricos mais adequados para sua estruturação, nos diferentes modelos assistenciais adotados.

Associado a esse aspecto, destaca-se a vigência predominante, nos serviços brasileiros de saúde, de um modelo assistencial que privilegia as ações curativas e centra-se no atendimento médico, segundo uma visão estritamente biológica do processo saúde-doença. Esse modelo condiciona a prática educativa a ações que visam modificar práticas dos indivíduos consideradas inadequadas pelos profissionais, mediante a prescrição de tratamentos, condutas e mudanças de comportamento. Nesse modelo, ainda quando se propõem atividades chamadas participativas, particularmente a formação de grupos, sua organização prevê prioritariamente aulas ou palestras, praticamente inexistindo espaço para outras manifestações que não sejam dúvidas pontuais a serem respondidas pelos profissionais.

Em alguns trabalhos realizados junto à clientela atendida nos serviços públicos de saúde, constatou-se a enorme lacuna de informações da população atendida, acerca do seu processo patológico, das alternativas terapêuticas que haviam sido colocadas e também sobre as perspectivas futuras em função do agravo vivenciado. Em muitas situações, a falta de conhecimento por parte da clientela dos serviços acarreta inúmeros problemas relacionados ao abandono de tratamento, uso incorreto de medicações e, ainda, a procura excessiva de serviços.

Esse panorama revela que a assistência à saúde prestada nas instituições públicas não tem um caráter educativo emancipador incorporado no seu bojo, pois está mais fortemente centrada na atenção curativa e no atendimento chamado "queixa-conduta". Além disso, nas atividades ditas educativas, como as palestras, está presente a idéia de que a doença se deve, principalmente, à falta de cuidado e ao desleixo da população com a sua saúde, deixando a "vítima" com sentimento de "culpa" pelo problema que apresenta.

Dessa maneira, as práticas educativas servem para mediatizar a dominação exercida pelos serviços de saúde, já que se limitam à simples passagem de informação para a população sobre determinados procedimentos, com caráter coercitivo, onde se evidencia um traço autoritário e prescritivo, apesar da intencionalidade expressa de difusão de informações visando a melhoria da qualidade de vida.

A interação comunicativa também é prejudicada em decorrência das diferenças social e cultural dos profissionais universitários e alguns segmentos da população, encontrando-se uma prática a partir de ordens, ao invés de conselhos argumentados. Com isso, o distanciamento torna-se ainda mais acentuado e as barreiras parecem intransponíveis.

Como um último aspecto a ser destacado, é comum os profissionais desvalorizarem os momentos educativos no seu processo de trabalho, reconhecendo como intervenção somente a realização de procedimentos complexos, que utilizam equipamentos com algum grau de sofisticação tecnológica.

Como resultado dessa prática, dentre outros problemas, foram identificados os seguintes: baixa vinculação da população aos serviços de saúde, baixa adesão aos programas e



tratamentos e frustração dos profissionais de saúde.

No presente texto, não serão discutidas as razões históricas e estruturais da organização dos serviços de saúde que fazem com que a realidade se apresente dessa forma, mas buscas alternativas para superar os problemas descritos, sobretudo no que diz respeito à interação profissional/cliente e estratégias educativas para o desenvolvimento de grupos.

Próxima Página



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## A Visita Domiciliária no Contexto da Saúde da Família

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Renata Ferreira Takahashi<sup>1</sup>  
 Maria Amélia de Campos  
 Oliveira<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:31:02 AM

<sup>1</sup> Professor Doutor, Escola de Enfermagem da USP

### Introdução

A visita domiciliária (VD) é um instrumento de intervenção fundamental da estratégia de Saúde da Família, utilizado pelos integrantes das equipes de saúde para conhecer as condições de vida e saúde das famílias sob sua responsabilidade. Para isso, devem utilizar suas habilidades e competências não apenas para o cadastramento dessas famílias, mas, também, e principalmente, para a identificação de suas características sociais (condições de vida e trabalho) e epidemiológicas, seus problemas de saúde e vulnerabilidade aos agravos de saúde.

A caracterização das condições de vida e trabalho dessas famílias permite compor os perfis de reprodução e produção, respectivamente, os quais, por sua vez, permitirão conhecer grupos distintos no território, homogêneos em função dessas características identificadas. As condições de saúde, a vulnerabilidade aos agravos e as condições protetoras comporão perfis epidemiológicos desses mesmos grupos sociais.

Certamente, tal caracterização não se esgota na visita domiciliária, pois todos os momentos

de intervenção junto a essas famílias permitem aprimorar a captação desses dados. Entretanto, por se dar no domicílio, a visitação possibilita compreender parte da dinâmica das relações familiares.

A visita domiciliária só se configura como parte do arsenal de intervenções de que dispõem as equipes de saúde da família, quando planejada e sistematizada. De outra forma, configura uma mera atividade social.

A territorialidade proposta na estratégia de Saúde da Família deverá eliminar um dos principais impedimentos para a implantação de Programas de Visita Domiciliária em serviços de saúde, que é a disponibilidade de um meio de transporte para o profissional realizar essa atividade.

### **Conceito e finalidade**

A VD constitui uma atividade utilizada com o intuito de subsidiar a intervenção no processo saúde-doença de indivíduos ou o planejamento de ações visando a promoção de saúde da coletividade. A sua execução ocorre no local de moradia dos usuários dos Serviços de Saúde e obedece uma sistematização prévia.

Ela possibilita ao profissional conhecer o contexto de vida do usuário do serviço de saúde e a constatação "in loco" das reais condições de habitação, bem como a identificação das relações familiares. Além disso, facilita o planejamento da assistência por permitir o reconhecimento dos recursos que a família dispõe. Pode ainda contribuir para a melhoria do vínculo entre o profissional e o usuário, pois a VD é interpretada, frequentemente, como uma atenção diferenciada advinda do Serviço de Saúde.

### **Objetivos**

Eles devem ser estabelecidos considerando o(s) motivo(s) da sua solicitação e estar em consonância com a finalidade para a qual a atividade foi proposta.

### **Pressupostos**

Os pressupostos que orientam a VD são:

- nem toda ida ao domicílio do usuário pode ser considerada uma VD;
- para ser considerada uma VD, tal atividade deve compreender um conjunto de ações sistematizadas, que se iniciam antes e continuam após o ato de visitar o usuário no domicílio;
- a sua execução pressupõe o uso das técnicas de entrevista e de observação sistematizada;
- a realização da VD requer um profissional habilitado e com capacitação específica;
- na elaboração dos objetivos da VD, é necessário considerar os limites e as possibilidades do saber específico do profissional/técnico que a executará.
- a relação entre o profissional e o usuário deve estar pautada nos princípios da participação, da responsabilidade compartilhada, do respeito mútuo (crenças e valores relacionados ao processo saúde-doença) e da construção conjunta da intervenção no

processo saúde-doença.

- podem existir diferenças sócio culturais e educacionais entre os profissionais e os usuários dos Serviços de Saúde, que devem ser consideradas no planejamento e na execução da VD;
- a intervenção no processo saúde-doença pode ou não ser uma ação integrante da VD.

Próxima Página



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

## Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

[Clique aqui para imprimir](#)



**Autores:** Elma Lourdes Campos Pavone Zoboli<sup>1</sup>  
 Cleide Lavieri Martins<sup>2</sup>  
 Paulo Antonio de Carvalho Fortes<sup>3</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:30:16 AM

---

<sup>1</sup> Enfermeira. Professor Assistente da Escola de Enfermagem da USP  
<sup>2</sup> Enfermeira. Professor Doutor da Faculdade de Saúde Pública USP  
<sup>3</sup> Médico. Professor Livre Docente Associado da Faculdade de Saúde Pública USP

O Programa de Saúde da Família (PSF) apresenta-se como estratégia de reorganização da atenção à saúde, que se caracteriza por um modelo centrado no usuário, demandando das equipes a incorporação de discussões acerca da necessidade de humanizar a assistência médico-sanitária em nosso país. Humanizar significa reconhecer as pessoas que buscam nos serviços de saúde a resolução de suas necessidades de saúde como sujeitos de direitos; é observar cada pessoa e cada família, em sua singularidade, em suas necessidades específicas, com sua história particular, com seus valores, crenças e desejos, ampliando as possibilidades para que possam exercer sua autonomia. Qualquer pessoa, independente de sua idade, tendo condições intelectuais e psicológicas para apreciar a natureza e as conseqüências de um ato ou proposta de assistência à sua saúde, deve ter oportunidade de tomar decisões sobre questões relacionadas à sua saúde, ou seja, poder agir como pessoa autônoma.

Maio  
24

### Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



### Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



### Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher

Autonomia<sup>4</sup> relaciona-se com tomada de decisão. Por pessoa autônoma compreende-se aquela que tem condições para deliberar, decidir entre as alternativas que lhe são apresentadas, podendo atuar conforme a escolha por ela feita.

Ser autônomo não equivale a ser respeitado como agente autônomo. Para os profissionais de saúde, respeitar o usuário como agente autônomo quer dizer, no mínimo, ser capaz de acatar o direito de ele ter opiniões próprias, fazer escolhas e agir de acordo com seus valores e crenças, lembrando que, muitas vezes, suas opções podem discordar das indicações técnicas. É essencial um respeito ativo, que ultrapasse os limites da não-intervenção nos assuntos alheios e busque assegurar as condições necessárias para que as escolhas ocorram autonomamente, minimizando as circunstâncias que dificultam ou impedem o exercício da autonomia. Muitas ações autônomas somente são possíveis com a cooperação ativa de outros a fim de se vislumbrarem as opções viáveis.

Por isso, considera-se que, para a modificação expressiva do modelo assistencial e a garantia da humanização das relações entre os componentes da equipe de Saúde da Família, é preciso que esta esteja imbuída quanto ao respeito à autonomia dos usuários, que devem ser estimulados a compartilhar das decisões que digam respeito à sua pessoa, família, comunidade. As decisões devem ser livres e esclarecidas, fundamentadas em adequada e compreendida informação, para que possam aceitar ou recusar ao que lhes é proposto.

A transformação do modelo assistencial e a humanização do atendimento requerem que seja garantido o direito à informação do usuário. A informação é o elemento vital para que o usuário possa tomar decisões. Todos os integrantes da equipe de Saúde da Família, quer sejam enfermeiros, auxiliares de enfermagem, médicos ou agentes comunitários, devem estar conscientes da responsabilidade individual de esclarecer os usuários sobre questões que lhes são mais afeitas, assim como cabe aos gestores dos Programas criarem condições para o estabelecimento de uma cultura institucional de informação e comunicação que leve em conta as condições socioculturais de cada comunidade atendida.

As informações fornecidas não necessitam ser exaustivas ou apresentadas em linguagem técnico-científico. Basta que elas sejam simples, aproximativas, inteligíveis, leais, respeitadas e suficientes para garantir a autonomia dos usuários nas escolhas e nos atos. Desta forma, além de considerar a compreensão intelectual, cultural e psicológica do usuário, a fim de que as informações sejam fornecidas dentro de padrões acessíveis, as equipes de saúde de família devem levar em conta também os objetivos e o contexto específico de cada situação.

Na prática da assistência à saúde, é comum a utilização da autoridade profissional para favorecer ou perpetuar a dependência dos usuários em lugar de promover sua autonomia. Entretanto, compreendemos que é exatamente a relação de confiança existente entre os profissionais de saúde e os usuários que determina a obrigatoriedade de respeitar a autonomia destes, incluindo o dever de conversar e expor-lhes a informação de maneira compreensível. Convém lembrarmos que essa relação de confiança no Programa de Saúde da Família é reforçada pelo vínculo e responsabilização que decorrem da adscrição das famílias de determinada região a uma equipe específica.

---

<sup>4</sup> Autonomia, do grego autos (próprio) e nomos (regra, autoridade, lei, norma), é o poder da pessoa para tomar decisões quanto aos assuntos que afetam sua vida, sua saúde, sua integridade físico-psíquica e suas relações sociais. Refere-se à capacidade do ser humano de decidir sobre o que é "bom", ou que é seu "bem estar", de acordo com seus valores, suas expectativas, suas necessidades, suas prioridades e suas crenças (FORTES, 1998. p. 37).

[Próxima Página](#) ▶



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## A Saúde da Família em Situação de Exclusão Social

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Moneda Oliveira Ribeiro<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:29:40 AM

<sup>1</sup> Enfermeira. Prof. Dr. do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo. E-mail: [moneda@usp.com.br](mailto:moneda@usp.com.br)

### Introdução

O tema da exclusão social tem cunho histórico e geográfico. Um grupo social está excluído segundo determinada delimitação geográfica ou em relação à estrutura e conjuntura econômica e social do país a que pertence.

No Brasil, esse tema está relacionado principalmente à situação de pobreza. Cidadãos nessa condição constituem grupos em exclusão social porque se encontram em *situação de risco pessoal e social*. Essa expressão é empregada para referir-se às pessoas, famílias e comunidades excluídas das políticas sociais básicas ou de primeira linha (trabalho, educação, saúde, habitação, alimentação), o que lhes confere a condição de subcidadãos ou cidadãos de segunda classe, (COMPANHIA 1994).

Segundo as *disposições gerais* da *Lei orgânica* nº8.080 de 19/09/90, art. 2º: "A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. § 1º O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças ou de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e



igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação."

Entretanto, conforme está explicitado no referido artigo: "A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País."

Assim, os determinantes sociais, que condicionam a saúde dos cidadãos, constituem fatores de risco à sua saúde. Por isso, a situação de exclusão a que esse texto se refere diz respeito aos indivíduos cujos direitos sociais, quando violados, colocam em risco sua saúde e a qualidade de vida de sua família.

O reconhecimento da saúde como um direito de cidadania, que expressa a qualidade de vida, implica mudanças nos serviços de saúde e na atuação do profissional de saúde. Este precisa incluir, em sua rotina de trabalho, ações que estreitem a relação entre a equipe de saúde e a comunidade. É preciso intervir sobre os fatores de risco a que a população está exposta. Tal empenho demanda ações em interação com os recursos que a comunidade dispõe e os serviços públicos locais (Conselho Tutelar, Escola, Igreja, etc).

A proposta desse texto está relacionado ao programa do "enfoque de risco" desenvolvido pela OMS desde 1978 e aplicado à saúde materno-infantil. Nesse enfoque, busca-se identificar grupos sociais com maior risco de adoecer e morrer, com a finalidade de controlar e eliminar os fatores de risco. Estes podem ser: biológicos, ambientais, comportamentais, relacionados com a atenção à saúde, socioculturais e econômicos (VALENZUELA; BENGUIGUI, 1997).

A finalidade desse texto é restringir a questão de risco à saúde referente ao item relacionado aos fatores socioeconômicos apenas e ampliar a questão à saúde de toda a família, além do enfoque materno-infantil.

### **Definindo o processo de trabalho**

O processo do trabalho consiste em avaliar a necessidade mais urgente de grupos específicos e organizar o serviço de saúde conforme as prioridades identificadas. Consiste em uma espécie de pronto-socorro ou pronto-atendimento às famílias que correm risco de ter sua saúde comprometida por problemas sociais, decorrente da situação de exclusão.

O trabalho precisa ser organizado em passos. A primeira etapa é avaliar a necessidade de atenção de grupos específicos; a segunda é estabelecer prioridades de saúde e a terceira é elaborar intervenções para promoção, proteção ou recuperação da saúde.

As informações podem ser coletadas por meio de entrevista com o usuário do serviço, mas é recomendável realizar visita domiciliária para obter informações mais precisas e fidedignas. As informações devem ser coletadas para planejar práticas de educação em saúde e aprimorar a qualidade do atendimento. É necessário organizar um roteiro de entrevista e de observação para a VD, conforme as peculiaridades locais. Evidentemente, os roteiros poderão ter variações para regiões distintas.

Por exemplo: indivíduos da zona urbana que, no inverno, tomam ônibus lotados e fechados estão sujeitos a infestações respiratórias; por outro lado, há os da zona rural que usam transporte aberto, mas correm risco de acidente por falta de segurança do veículo. Em ambos os casos, o roteiro deve contemplar questões para identificar se os membros da família estão sujeitos a alguma dessas situações de risco, ou seja, se estão submetidos a situações de risco por aglomerações, ou se estão sujeitos a acidentes por transporte impróprio.

Seja quais forem as peculiaridades regionais, as informações básicas para identificar indivíduos em situação de risco à saúde precisam ser relacionadas aos determinantes sociais para serem identificadas como famílias em situação de exclusão social. Além disso, é preciso não perder de vista o objetivo dos programas de âmbito nacional (no caso, o Programa de Saúde da Família) e internacional (metas dos Programas da OPAS e da OMS) como, por exemplo, a Declaração Mundial sobre a Sobrevivência, a Proteção e o Desenvolvimento da Criança, bem como o Plano de Ação para esse fim no decênio de 1990. BRASIL (1996)

O incentivo à participação da comunidade no reconhecimento dos determinantes de risco aos indivíduos possibilita maior sucesso nos resultados pretendidos porque: permite maior conscientização sobre sua realidade; aumenta a solidariedade entre os indivíduos da comunidade; busca soluções alternativas; e tenta conquistar direitos violados. Qualquer proposta de intervenção deve considerar hábitos e valores da região local.

Próxima Página



# Programa Saúde da Família

PSE

Maio  
24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada ▶



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Avaliação e Intervenção de Enfermagem na Gestação

### Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira<sup>1</sup>  
Emília Saito<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:34:34 AM

<sup>1</sup> Enfermeira, Prof. Dr. da Escola de Enfermagem, USP

### Objetivos

Subsidiar a assistência de enfermagem à gestante e identificar riscos materno e fetal durante a gravidez.

A gravidez e o parto constituem-se em eventos essencialmente fisiológicos na vida da mulher. No entanto, caracterizam-se por provocar variadas e profundas alterações físicas e emocionais na mulher, o que requer um acompanhamento contínuo por parte da família e dos profissionais de saúde.

A avaliação de risco não é uma medida a ser utilizada uma única vez, mas um procedimento continuado ao longo da gestação e do trabalho de parto. A qualquer momento complicações precoces podem tornar-se aparentes, induzindo a decisão de encaminhar a mãe a um nível mais complexo de assistência.

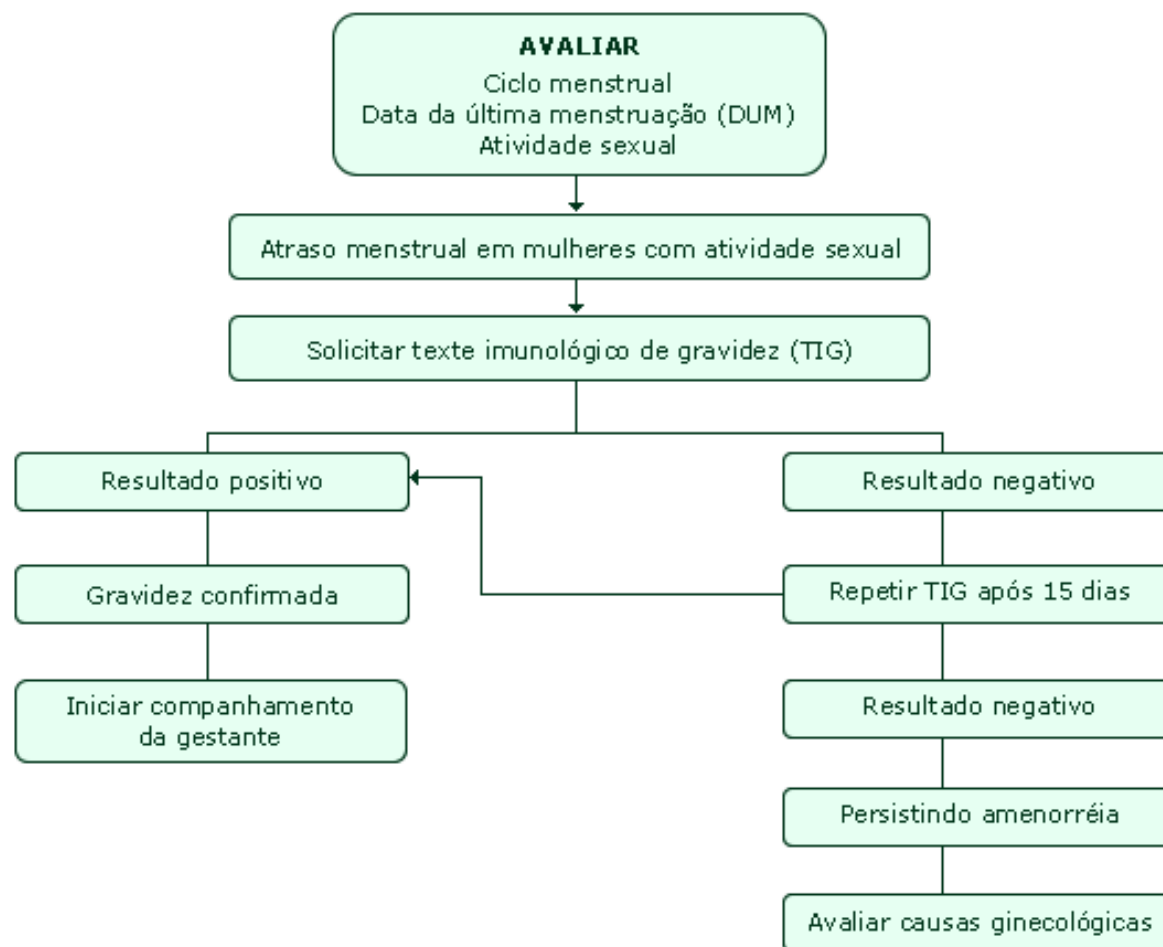
### Assistência pré-natal

É competência da equipe de saúde acolher a gestante e a família desde o primeiro contato na unidade de saúde ou na própria comunidade. O termo *acolhimento* deve ser considerado na abordagem da grávida como o significado que a gestação tem para ela e sua família, uma vez que é nessa fase que se inicia o desenvolvimento do vínculo afetivo com o novo ser.

Nesse sentido, devem ser valorizadas as emoções, os sentimentos e as histórias relatadas pela mulher e seu parceiro de forma a individualizar e a contextualizar a assistência pré-natal. Para tanto, recomenda-se utilizar estratégias, como a escuta aberta, sem julgamentos e sem preconceitos, e o diálogo franco, permitindo à mulher falar de sua intimidade com segurança, expressar suas dúvidas e necessidades, possibilitando, assim, o estabelecimento e o fortalecimento do vínculo profissional-cliente.

### Diagnóstico da gravidez

O Ministério da Saúde preconiza o diagnóstico da gravidez por meio dos seguintes passos:



O diagnóstico da gravidez é presumido por meio de queixas, tais como: náuseas e vômitos,

sensibilidade mamária, polaciúria e constipação e, mais tardiamente, pelo aumento do volume abdominal. O exame vaginal também possibilita a detecção da gravidez mediante o achado de alterações quanto a consistência do colo uterino, que se torna bastante amolecido, lembrando à consistência de lábios ao invés de cartilagem. Após a 8ª semana, observa-se coloração arroxeada do vestíbulo e da parede anterior da vagina devido à congestão venosa local.

O diagnóstico laboratorial da gravidez é baseado no encontro do hormônio gonadotrófico coriônico na urina ou no sangue materno, sendo que o exame do sangue da mulher permite o diagnóstico precoce da gravidez, pois esta pode ser confirmada 10 dias após a sua fecundação, ou seja, quatro dias antes da falha menstrual. Em geral, nas unidades básicas é realizado o exame de urina após duas a três semanas do atraso menstrual.

[Próxima Página](#) ▶



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## DST/AIDS, Sexualidade da Mulher e Auto-cuidado

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui  
para imprimir



**Autor:** Neide de Souza Praça<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 10/25/2001 5:32:06 AM

<sup>1</sup> Enfermeira Obstétrica. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

As infecções do trato reprodutivo feminino originam-se nos genitais externos, vagina e colo do útero, podendo ascender até o útero, trompas e ovários.

A maior parte das infecções que acometem estas áreas é transmitida por relações sexuais e caracteriza as Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST). As quais, por sua vez, são um dos importantes fatores de risco para a infecção pelo HIV.

As infecções do trato reprodutivo envolvem lesões ou ferimentos abertos, ulcerações ou irritações localizadas na pele e mucosas que facilitam a penetração do HIV nos tecidos e, em seguida, na corrente sanguínea. Instalando-se nesta região, o vírus da AIDS pode viver nas células e se replicar, aumentando, assim, a quantidade de HIV presente no aparelho reprodutivo feminino, bem como aumentar o risco de sua transmissão para o parceiro.

As várias infecções do trato reprodutivo podem interagir com o HIV e desta interação resulta a potencialização mútua, pois:

- A presença de infecção do trato reprodutivo aumenta a chance da mulher adquirir e

transmitir HIV sexualmente;

- A presença de HIV aumenta a chance de a mulher adquirir e transmitir algumas infecções do trato reprodutivo; bem como faz com que algumas infecções aí localizadas tornem-se mais sérias e difíceis de tratar; e
- O HIV pode progredir mais rapidamente caso certas infecções do trato reprodutivo estiverem presentes.

É necessário, portanto, se considerar a relação entre a infecção pelo HIV e por outros agentes causadores de DST. Estas são altamente prevalentes em nosso meio e podem acarretar sérios danos à saúde da mulher. Eis algumas razões pelas quais as infecções do trato reprodutivo facilitam a penetração do HIV pela relação sexual desprotegida com um parceiro infectado:

Úlceras - quando presentes levam à perda da proteção tegumentar local;

Verrugas - causam friabilidade da mucosa, levando à formação de microfissuras nesse tecido;

Ectrópios e mínimas lesões traumáticas da mucosa vaginal - formam uma solução de continuidade entre o ambiente vaginal e a circulação sanguínea;

A mulher climatérica, por deficiência hormonal, apresenta o epitélio vaginal mais delgado e, por conseqüência, é mais suscetível às infecções do trato reprodutivo.

A seguir, serão apresentadas as principais Doenças Sexualmente Transmissíveis. As manifestações próprias de cada condição e a assistência de enfermagem específica também constarão dessa apresentação. Cabe destacar que, na seqüência, serão elencados os procedimentos que deverão ser adotados para todos os casos.

### DOENÇAS ULCEROSAS

São DST que causam úlceras ou feridas nas áreas genital, anal e vaginal. Há amplas evidências de que sua presença facilita grandemente a transmissão do HIV. As lesões que provocam afetam a função imunológica e são mais graves e difíceis de tratar em indivíduos com HIV. Cabe destaque para a sífilis, doença ulcerosa, cuja média de prevalência entre as mulheres grávidas, no Brasil, é estimada pelo Ministério da Saúde entre 3,5% a 4%. Outro dado a se considerar é o índice de mortalidade por sífilis congênita no período de 1979 a 1990, que variou de 70 a 100 por milhão de nascidos vivos, sendo maior o número de casos nas regiões Norte e Nordeste.

### QUADRO I

Doença: Herpes Genital	
Agente Causador	Herpes vírus (HSV1 ou HSV2)

<b>Forma de Contágio</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contato cutâneo-mucoso com paciente portador de lesão, na presença de solução de continuidade</li> <li>• Contato com fluidos</li> <li>• Secreção cervical, uretral e/ou salivar de indivíduos assintomáticos</li> </ul>
<b>Sinais e Sintomas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cachos de vesículas na área genital</li> <li>• febre, cefaléia, dor muscular e/ou dor localizada, ardência e/ou dor ao urinar, parestesias, adenopatias regionais dolorosas (ínguas)</li> <li>• evolução para erosão dos cachos de vesículas</li> <li>• possível sobre-infecção das lesões</li> <li>• mucosa cérvico-vaginal com aspecto eritematoso, com edema e com erosões dolorosas</li> <li>• Podem ocorrer recidivas com cacho único de vesículas que involui espontaneamente em 4 a 7 dias</li> </ul>
<b>Assistência de Enfermagem</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• limpeza local das lesões com solução fisiológica ou água boricada a 3% (p/ alívio)</li> <li>• fazer seguimento da mulher a cada 3 dias até a involução completa das lesões</li> </ul>

Próxima Página





# Programa Saúde da Família

# PSE

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## O Período Pós-Natal: Assistência ao Binômio Mãe-Filho

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui  
para imprimir



**Autores:** Isília Aparecida Silva<sup>1</sup>  
Amélia Fumiko  
Kimura<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:33:48 AM

<sup>1</sup> Enfermeira. Prof. Associado Escola de Enfermagem USP

<sup>2</sup> Enfermeira. Prof. Dr. Escola de Enfermagem USP

### Assistência à mulher no período puerperal

**Conceito:** O puerpério é considerado o período do ciclo grávido-puerperal em que o organismo materno retorna a suas condições pré-gravídicas e é caracterizado pelas regressões das modificações locais e sistêmicas que foram provocadas pela gravidez.

O seu início se dá logo após a expulsão total da placenta e das membranas e tem a duração de cerca de seis semanas.

**Puerpério imediato:** inicia logo após a saída da placenta e dura aproximadamente duas horas.

**Puerpério mediato:** desde o puerpério imediato até o 10º dia, em que ocorre a regressão das modificações nos órgãos genitais, ocasião em que deve ocorrer a Visita Domiciliar da enfermeira.

Por volta do 10<sup>o</sup> dia o útero já regrediu em seu tamanho e se encontra na cavidade pélvica. A loquiação (produto originário principalmente da ferida placentária, descamação e sangue), apresenta-se em quantidade moderada para escassa e amarelada.

A partir desse período instala-se o **puerpério tardio**, que se estende do 11<sup>o</sup> dia até o reinício dos ciclos menstruais em mulheres que não estão lactando. Para aquelas que mantêm a lactação, o período pode variar de seis a oito semanas, período no qual, a loquiação se torna progressivamente serosa ou branca.

**Exame físico da puérpera:** A assistência de qualidade à puérpera não deve prescindir do exame físico geral e específico cuidadoso e coleta de informações para o planejamento das ações da equipe.

### **Exame físico geral**

Sinais vitais

**Pulso:** no período mediato, o pulso deve estar na frequência normal, anotar frequência e características do pulso (cheio, fino, rítmico, arritmico)<sup>3</sup>.

**Temperatura:** deve manter-se em níveis normais. Caso a puérpera apresente temperatura acima de 37<sup>o</sup> C, observar fatores ambientais, tais como agasalho em demasia, ambientes não-ventilados. Descartando-se esses fatores, investigar condições de mamas que podem estar cheias ou ingurgitadas, ou então infecção que na puérpera mais frequentemente se instala em útero, mamas, trato urinário e respiratório.

**Pressão arterial:** Verificar a pressão arterial em decúbito lateral D. Deve estar em níveis normais até o 5<sup>o</sup> dia pós-parto.

### **Exame físico específico:**

Exame das mamas: Mamilos verificar: a) o tipo (protruso, plano, umbilicado) em casos de mamilos não protrusos observar como está ocorrendo a amamentação e indicar exercícios de protrusão mamilar<sup>3</sup> e, b) observar as condições de mamilo como presença de lesões, feridas, escoriações, bolhas e sangramento, a sucção do RN e as condições de amamentação descritas a seguir.

Sinais de ingurgitamento: palpar as mamas e verificar pontos ou regiões endurecidas que podem estar doloridas ou não. Nesses casos, se houver dificuldade de drenagem do leite, deve-se massagear com as pontas dos dedos em um movimento de vibração sobre as regiões afetadas e então ordenhar a mama, de preferência manualmente, até o ponto em que a mulher referir alívio dos sintomas.

Verificação da involução uterina: no período até por volta de 10 dias pós-parto, o útero apresenta-se localizado na região intra-pélvica, sendo possível palpar o fundo uterino, que deve estar contraído.

Verificação das condições de cicatrização da ferida cirúrgica<sup>4</sup>. [Episiorrafia ou incisão abdominal]

Verificação do aspecto e quantidade da loquiação. Considera-se aspectos quanto à cor, odor e quantidade, segundo já características já descritas.

---

<sup>3</sup> Exercícios indicados no pré-natal

<sup>4</sup> Segundo parâmetros de rotina de exame de ferida cirúrgica, tanto para abdominal como para perineal

Próxima Página



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

## Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

[Clique aqui para imprimir](#)



## Avaliação e Intervenção de Enfermagem no Parto Normal sem Intercorrências

**Autores:** Emília Saito<sup>1</sup>

Sonia Maria Junqueira Vasconcellos de Oliveira<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:35:30 AM

<sup>1</sup> Enfermeira, Prof. Dr. Escola de Enfermagem, USP

### Objetivos

Subsidiar a assistência de enfermagem à parturiente e ao recém-nascido na primeira hora de vida, identificar riscos maternos e fetais durante o trabalho de parto e o parto; e executar o parto sem distócia em situações de emergência.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define como parto normal aquele de início espontâneo, baixo risco no início do trabalho de parto, permanecendo assim durante todo o processo até o nascimento. O recém-nascido, geralmente em posição cefálica, tem entre 37 e 42 semanas completas de gestação. Segundo a OMS, o parto normal é um processo natural e, conseqüentemente, não deve sofrer interferência no seu curso.

No Brasil, a grande maioria dos partos ocorre nos hospitais, mas a mortalidade materna representa, ainda, um problema na medida em que a taxa é de cerca de 6% dos óbitos de mulheres de 10 a 49 anos.

De acordo com a legislação do Exercício Profissional do Enfermeiro (LEI no. 7.498 de 25 de

Maio  
24

### Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



### Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



### Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher

junho de 1986), compete a esse profissional, como integrante da equipe de saúde, "a execução de assistência obstétrica em situação de emergência e execução do parto sem distórcia".

## Sinais e sintomas do trabalho de parto

### 1. Período premonitório (antecede o verdadeiro trabalho de parto)

#### Característica

- mais nítido nas primíparas
- ocorre entre a 38<sup>a</sup> e 40<sup>a</sup> semana
- descida do fundo uterino, o que melhora a sensação de plenitude gástrica após as refeições
- aumenta a compressão do baixo ventre, causando sensação de peso
- polaciúria
- disúria
- dores lombares
- eliminação de muco cervical mesclado de sangue

#### Conduta

- repouso
- idade gestacional (IG) > ou = a 37 semanas, aguardar o franco trabalho de parto
- IG < que 37 semanas, encaminhar para o serviço, pois a mulher poderá entrar em trabalho de parto prematuro

### 2. Período de dilatação (trabalho de parto)

#### Característica

- início: presença de, no mínimo, duas contrações uterinas (dor de parto) em 10 minutos
- término: ao exame físico, percebe-se no toque vaginal, o colo uterino completamente dilatado (10cm)
- aumento gradativo da intensidade, duração e número das contrações uterinas em 10 minutos
- formação da "bolsa das águas" ou há perda de líquido amniótico
- dilatação e esvaecimento do colo uterino
- progressão do feto pela pelve
- duração menor em múltipara (média, 6 horas) em relação às primíparas (12 horas)

#### Conduta

- encaminhar a parturiente a uma casa de parto ou maternidade referência, considerando a dilatação cervical, evolução do trabalho de parto, meio de

transporte disponível, distância até a maternidade para determinar a urgência

- IG < que 37 semanas, encaminhar com urgência ao hospital devido ao risco de nascimento prematuro
- IG > ou = a 37 semanas e se não houver possibilidade de encaminhamento a serviços de saúde, adotar as condutas descritas a seguir

Próxima Página



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

# PSE

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- **Saúde da Mulher**
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- **Atenção à Mulher**



## Saúde da Mulher no Curso da Vida

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Roselena Bazilli Bergamasco<sup>1</sup>

Amélia Fumiko Kimura<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:35:04 AM

<sup>1</sup> Enfermeira. Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

### Objetivo

Subsidiar o desenvolvimento das ações de enfermagem na promoção e recuperação da saúde da mulher.

A atenção integral à saúde da mulher compreende a assistência em todas as fases do curso da vida. O cuidado de enfermagem à mulher é baseado na habilidade da enfermeira em definir os sintomas e compreender o seu significado no processo saúde-doença.

O aumento da expectativa de vida da mulher e as modificações de hábitos de vida, as necessidades de saúde da mulher por mudanças do padrão demográfico apontam para a necessidade de uma adequada capacitação dos profissionais de saúde para responder às necessidades de saúde da população.

Estruturar a prática de enfermagem na saúde da mulher baseia-se em *três premissas*:

1. Os problemas apresentados por um determinado grupo populacional feminino estão intrinsecamente relacionados às suas experiências pessoais e expectativas futuras, bem como aos estilos de vida, que, por sua vez, são condicionados pelos aspectos sociais e culturais em que este grupo se insere.
2. A função primária da enfermagem é manter e cuidar da mulher nos episódios em que ela necessita de atenção à saúde.
3. As mulheres têm direito ao acesso aos serviços de saúde que, por sua vez, necessitam responder de forma eficiente e efetiva às demandas de saúde.

Para efetivar o processo de assistir em enfermagem é necessário o cumprimento de fases distintas:

Fases	Ações
1. Avaliação da clientela	<p><u>Coletar dados relativos a:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● problemas individuais da mulher,</li> <li>● os problemas de saúde emergentes ou potenciais sob a perspectiva da própria cliente</li> </ul> <p><u>Considerar:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● os dados do diagnóstico de territorialização</li> <li>● problemas trazidos pelos agentes de saúde em suas visitas</li> <li>● os motivos que levaram as mulheres a procurarem atendimento fora dos programas</li> <li>● as demandas de outras instituições que atuam na área de abrangência da Unidade de Saúde da Família</li> </ul> <p><u>Utilizar as seguintes estratégias para a obtenção dos dados:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● a entrevista (anamnese)</li> <li>● o exame físico</li> <li>● a observação do contexto familiar e das relações sociais.</li> </ul> <p><i>Atenção: A enfermeira examina os dados obtidos e compartilha suas impressões do diagnóstico de enfermagem com a mulher, ajudando-a a analisar estas informações, considerando também a percepção da mulher para o estabelecimento do diagnóstico.</i></p>



<p>2. Intervenção de enfermagem</p>	<p>A enfermeira é a facilitadora e colaboradora para que a mulher desenvolva habilidades para desempenhar o autocuidado, não somente para ajustar-se, mas para transformar a sua condição de saúde. O atendimento deve ser baseado na adequação das ações sistematizadas através de protocolos para o grupo populacional.</p> <p>A intervenção pode ser estruturada a partir de:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● consulta de enfermagem,</li> <li>● visitas domiciliares,</li> <li>● grupos educativos e</li> <li>● ações na comunidade</li> </ul>
<p>3. Análise da intervenção de enfermagem</p>	<p>As interações entre o cliente e o enfermeiro são processos dinâmicos e demandam uma capacitação e o desenvolvimento de habilidades que instrumentalizam o profissional para uma adequada assistência de enfermagem.</p> <p>Estas habilidades referem-se a:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● comunicação,</li> <li>● avaliação dos valores pessoais que afetam o seu desempenho como enfermeiro,</li> <li>● a tomada de decisões,</li> <li>● a ajuda prestada ao cliente para que o mesmo tome suas decisões</li> <li>● ser capaz de estabelecer um relacionamento de confiança com o cliente,</li> <li>● manter relação empática e</li> <li>● desenvolver metas terapêuticas mutuamente aceitáveis.</li> </ul>

Próxima Página



# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- **Saúde da Criança**
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- **Atenção à Criança e ao Adolescente**
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Promoção do Aleitamento Materno e Alimentação da Criança

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Magda Andrade Rezende<sup>1</sup>

Elizabeth Fujimori<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:38:58 AM

<sup>1</sup> Professora Doutora do Depto de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP

<sup>2</sup> Professora Associada do Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

Este texto destina-se a apresentar situações práticas encontradas no cotidiano ao serem estimuladas a amamentação e alimentação infantil. Sabe-se que a transmissão de informações do profissional de saúde para a pessoa que cuida da criança (mãe ou outro familiar) não acontece de modo uniforme e nem é fácil.

O uso da informação, por sua vez, não acontece automaticamente: a pessoa que as recebe precisa atribuir-lhes um significado a fim de efetivamente incorporá-las e, assim, mudar seu comportamento.

Deste modo, as ações de promoção à saúde tornam-se importante ferramenta de trabalho para o enfermeiro.

### **Aleitamento Materno**

O bebê deve ser alimentado com leite humano durante os primeiros seis meses de vida, na medida do possível. Para tanto, é necessário trabalhar junto à mãe desde a fase do pré-

natal no sentido de apoiá-la na futura amamentação. As ações de apoio devem continuar durante os meses seguintes. É importante lembrar que a amamentação é mediada pela psiquê e que eventos mediados pelo psiquismo não podem ser prescritos, pois não dependem da vontade do indivíduo. O que se pode fazer, então, é criar situações de apoio à mãe para que amamente.

Assim, não podemos fazê-la sentir-se sobrecarregada emocionalmente, pois isso diminui as chances que ela tem de amamentar. "Por exemplo, quando se diz que basta que a mãe se esforce e tenha interesse para que a amamentação aconteça, estamos ignorando uma série de problemas que ela enfrenta: a dificuldade de adaptação nos primeiros dias após o parto, a época em que retorna ao serviço, o momento em que a criança começa a ingerir outros alimentos, o surgimento dos primeiros dentes da criança, entre outros." (REZENDE; FOGLIANO, 1999).

Segundo a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), em seu art. 396, a nutriz tem direito a amamentar seu bebê durante sua jornada de trabalho. Para tanto, deve ter dois intervalos de 30 minutos cada um, até que o bebê complete 6 seis meses. Quando a saúde do bebê exigir, este período de seis meses pode ser dilatado, a critério da autoridade de saúde competente. Tradicionalmente, o serviço médico do INSS é que vem tendo a competência de conceder autorizações. Quando há berçário no local de trabalho, o tempo de amamentação aumenta (REZENDE, 1992).

### **Preparo da mãe para a amamentação durante o período de gestação**

É importante que o profissional de saúde não julgue a mãe em nenhuma fase do processo de ajudá-la a amamentar. Assim, a relação entre gestante e enfermeiro deve compreender:

1. Exploração das expectativas, crenças e experiências anteriores da gestante a respeito de amamentação. Por exemplo: a mãe pode ser de uma família em que poucas ou nenhuma mulher conseguiu amamentar. Assim, ela pode acreditar que é de uma família na qual as "mulheres não produzem leite".
2. Informações sobre preparo das mamas para amamentação, a técnica de amamentação propriamente dita, reconhecimento da apojadura e do ingurgitamento e condutas frente a estes.
3. Disponibilidade para eliminar dúvidas a respeito de amamentação, mesmo que pareçam muito simples e banais. Por exemplo, ela pode acreditar que comer determinados alimentos vai causar mal ao bebê. Uma crença destas deve ser respeitada caso o contato com a gestante ainda seja recente: caso disséssemos a ela que isto não tem fundamento ela possivelmente não acreditaria, pois ainda somos estranhos para ela. Nosso conhecimento não vai ser aceito por ela devido ao fato de ser cientificamente testado, mas sim, porque ela acredita em nós. E para que a confiança se estabeleça, é necessário um certo tempo.

Ao se transmitir estas informações, é preciso ter sempre em mente que a transmissão de informações é a última etapa de um processo estabelecido entre a mãe e o enfermeiro. Antes de transmitir as informações, o enfermeiro tem de se mostrar como uma pessoa que está ali para ajudar, e não julgar. Esta é a base de um vínculo de confiança entre ambos,

indispensável para que as ações de educação em saúde tenham efeito.

[Próxima Página](#) ▶



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Assistência de Enfermagem à Criança com Agravos Respiratórios

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Maria De La Ó Ramallo Verissimo<sup>1</sup>  
Cecília Helena de Siqueira  
Sigaud<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:38:38 AM

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Esse texto aborda os cuidados de enfermagem que podem ser prescritos pela enfermeira para o atendimento da criança com agravo respiratório agudo, no domicílio. As ações aqui descritas respondem às necessidades da maior parte das crianças que apresentam algum problema respiratório, promovendo seu bem-estar e evitando a piora do quadro.

### Agravos respiratórios na infância

Aproximadamente metade das crianças que demandam os serviços de saúde apresentam algum sintoma respiratório, como: tosse, coriza, dificuldade para respirar, "chiado no peito", dor de garganta ou ouvido, associados ou não a mal-estar geral, febre e inapetência. Portanto, os profissionais de saúde precisam estar aptos para avaliá-las, de forma a detectar agravos precocemente e instituir os tratamentos apropriados, evitando piora do quadro, com seqüelas e, até, morte.

Assim, todas as crianças que demandam o serviço de saúde, ainda que não seja por uma queixa respiratória, devem ser avaliadas quanto à presença de tosse ou dificuldade para respirar, conforme preconizado na estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI). Para tanto, é possível que seja necessário reorganizar o serviço de saúde de tal forma que todos os atendimentos contemplem ações de manejo de casos, bem como de prevenção e promoção à saúde.

### **Magnitude dos agravos respiratórios na infância**

Dentre os agravos respiratórios na infância, destacam-se as infecções, geralmente divididas em dois grandes grupos: 1) aquelas que acometem o trato respiratório superior (rinofaringite viral, amigdalite, otite e sinusite); 2) as do trato respiratório inferior (pneumonia, bronquiolite). Ao lado das infecções respiratórias, encontram-se também as doenças chiadoras (asma, bronquite).

As doenças respiratórias causam a morte de mais de dois milhões de crianças por ano em todo o mundo, na sua maioria menores de um ano, vivendo em regiões pobres. No Brasil, os problemas respiratórios, principalmente a pneumonia, causam 22,3% das mortes de crianças de 1 a 4 anos, ocupando o primeiro lugar entre as causas de morte, e compreendem mais de 50% das causas de internação hospitalar, nesta faixa etária.

Nos prontos-socorros e postos de saúde, entre 30% e 50% das crianças atendidas apresentam algum sintoma respiratório. De cada quatro com problemas respiratórios, três têm apenas resfriados que, embora de menor gravidade, causam mal-estar, pois provocam febre, tosse, dor ou dificuldade para respirar, e inapetência. Outro problema associado é o uso freqüente de medicamentos desnecessários e, até, prejudiciais.

### **Ações de enfermagem para o cuidado da criança com IRA**

A estratégia AIDPI propõe o manejo padrão dos casos de crianças com tosse ou dificuldade para respirar, que envolve a avaliação e classificação do problema, bem como as condutas terapêuticas correspondentes. As enfermeiras capacitadas para a aplicação da estratégia estão habilitadas a implementar todas as ações preconizadas, inclusive as terapias medicamentosas, uma vez que se trata de um protocolo de atenção de casos. No conjunto das ações, são enfatizadas as práticas de cuidados domiciliares que visam a prevenção do agravamento dos quadros e que devem ser observadas de forma a atender todas as crianças que apresentam algum sintoma respiratório. A seguir, expomos esse conteúdo, acrescido de outros cuidados que também contribuem para a recuperação da criança.

De forma a prestar um melhor cuidado à criança, deve-se ter como uma das principais preocupações identificar a compreensão da mãe ou cuidador em relação à situação de saúde da criança, incluindo o que é o agravo, o porquê dos sintomas, os fatores que podem tê-lo desencadeado e agravado, bem como suas idéias relativas ao enfrentamento do problema. A partir daí, é importante reforçar o conhecimento correto e esclarecer questões equivocadas e suas dúvidas. Com base neste conhecimento compartilhado, profissional e cuidador podem estabelecer quais ações são necessárias e possíveis para a realização do cuidado da criança.



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Assistência de Enfermagem à Criança com Diarréia Aguda e Desidratação

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Cecília Helena de Siqueira Sigaud<sup>1</sup>

Magda Andrade Rezende<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 11/7/2001 10:56:36 AM

<sup>1</sup> Professor Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP (São Paulo, capital)

<sup>2</sup> Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP (São Paulo, capital)

Através deste documento, pretende-se apresentar informações sobre o cuidado da criança com diarreia aguda e desidratação, entendido como as ações voltadas para o manejo dos casos, além das medidas de promoção à saúde e prevenção do problema.

Define-se diarreia aguda enquanto "uma doença caracterizada pela perda de água e eletrólitos, que resulta no aumento do volume e da frequência das evacuações e diminuição da consistência das fezes, apresentando algumas vezes muco e sangue (disenteria). A maioria dos episódios de diarreia aguda é provocada por um agente infeccioso e dura menos de 2 semanas". É um processo autolimitado, que, em geral, não necessita tratamento medicamentoso. As complicações mais frequentemente associadas às doenças diarreicas são as septicemias e meningites.

**Magnitude do Problema**



No panorama nacional, as doenças diarréicas ocupam o terceiro lugar entre as causas de mortalidade em crianças de 1 a 4 anos, passando à segunda posição na faixa etária de menores de 1 ano. Entretanto, há diferenças consideráveis entre as diversas regiões do país. Assim, na Região Nordeste, o risco de morte por diarréia chega a ser de 4 a 5 vezes maior que na Região Sul, representando cerca de 30% do total de mortes no primeiro ano de vida.

A situação da diarréia em crianças continua grave em algumas localidades de nosso país. Assim, um levantamento epidemiológico recente, realizado em Fortaleza (CE), detectou um índice de 55% de causa de mortalidade por diarréia em um grupo de crianças entre 7 dias e 23 meses.

As doenças diarréicas, juntamente com as infecções respiratórias agudas (IRA) e a desnutrição, constituem-se nas principais causas de morbidade e mortalidade infantis na região das Américas, seja isoladamente ou em conjunto com outras moléstias infecciosas, tais como: tuberculose, malária, dengue e outras preveníveis por imunização.

Dada a importância que tais doenças assumem no perfil de morbi-mortalidade infantil, em 1996, a Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), propuseram a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI), visando o seu controle através do "manejo padrão de casos". Valendo-se de critérios padronizados de avaliação, classificação e tratamento, esta proposta permite que seja utilizada por profissionais médicos e não-médicos, o que fortalece a capacidade resolutive do nível primário de saúde.

A estratégia AIDPI tem como objetivos específicos a redução da mortalidade por doenças prevalentes em menores de 5 anos, a redução da incidência e gravidade dos casos e a melhoria da qualidade de atendimento à criança nos serviços.

Preconiza uma avaliação global das crianças, possibilitando a detecção de problemas que não tenham motivado a sua ida ao serviço. Inclui ainda ações de vigilância e de promoção à saúde, que incrementam a integralidade de atenção à saúde infantil. Finalmente, ao colocar ao alcance da população tecnologias de diagnóstico e tratamento, alcança maior equidade no acesso à atenção de saúde (BENIGUI, 1997; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999; ORGANIZACIÓN...,2000).

Cabe destacar que as crianças oriundas de famílias que vivem em condições socioeconômicas desfavoráveis (em situação de pobreza e miséria) estão sujeitas a um maior risco de adoecimento e morte por diarréia. Isto ocorre porque esta situação de vida, em geral, reúne vários dos fatores que expõem a criança e a tornam vulnerável, tais como menor grau de escolarização materna, piores condições de moradia, precário saneamento básico do meio, menor acesso aos serviços de saúde, elevado número de crianças menores de 5 anos na casa, entre outros.



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

# PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- **Saúde da Criança**
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- **Atenção à Criança e ao Adolescente**
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Assistência/Cuidado à Criança com Problemas Nutricionais

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Elizabeth Fujimori <sup>1</sup>  
Magda Andrade Rezende <sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:40:14 AM

<sup>1</sup> Professora Associada do Depto de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP.

<sup>2</sup> Professora Doutora do Depto de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP

### Introdução

Considerando que a alimentação e a nutrição constituem requisitos básicos para a promoção, proteção e recuperação da saúde, o controle das principais deficiências nutricionais é uma forma de conhecer e vigiar o estado geral de saúde.

Embora sejam inúmeros os problemas inerentes à alimentação e à nutrição, especialmente nos países onde as condições ambientais são desfavoráveis, como é o caso de nosso país, em termos de saúde coletiva, algumas deficiências nutricionais como a **desnutrição energético-protéica** e as **anemias** assumem configuração de importância epidemiológica na infância, em função da velocidade do processo de crescimento e desenvolvimento e sua associação com o processo saúde/doença.

Ainda que a erradicação completa das deficiências nutricionais dependa da própria erradicação dos grandes contrastes econômicos e sociais gerados e mantidos pelo processo

de produção e distribuição de bens e serviços, algumas intervenções próprias do setor saúde podem contribuir para a melhoria do quadro dessas deficiências.

Assim sendo, a finalidade deste texto é abordar esses dois problemas nutricionais comuns na infância, bem como suas causas básicas e cuidados pertinentes para seu controle, de forma a motivar e capacitar os enfermeiros em conceitos e técnicas atuais para que possam efetivamente incorporar essas ações na prática diária da atenção primária.

### **Atuação da Enfermagem na Desnutrição Energético-Protéica (DEP)**

#### **A DEP como problema de saúde coletiva**

Estimativas do Fundo das Nações Unidas (Unicef, 1998) indicam que *a desnutrição está envolvida com mais de 50% dos casos de morte de crianças em todo o mundo, proporção essa jamais alcançada por qualquer outra doença infecciosa desde a Peste Negra.*

No Brasil, não há como se obter tal estimativa com exatidão, dada a cobertura desigual dos serviços de saúde e daí das estatísticas, além da tendência dos próprios serviços e profissionais de saúde "não verem" a desnutrição como causa de doença e morte, provavelmente em decorrência do seu forte componente social (BITTENCOURT e MAGALHÃES, 1995). Mesmo assim, os dados sistematizados por esses autores revelam que no Brasil, em 1989, morreu-se por desnutrição no primeiro ano de vida 134 vezes mais que nos EUA.

Quanto à prevalência da desnutrição, no período de quinze anos, que separa os dois únicos levantamentos nacionais que permitiram dimensionar o problema em nosso meio (ENDEF, 1974/75 e PNSN, 1989), verificou-se redução na taxa global de desnutrição em menores de cinco anos, passando de 18,4% para 7,1%, com 15,4% de desnutrição crônica (altura/idade) e 2% de desnutrição aguda (peso/altura) (MONTEIRO et al., 1992). A redução, no entanto, ocorreu de forma diferenciada entre as regiões brasileiras, e as regiões Norte e Nordeste, apesar da redução significativa na prevalência da desnutrição, ainda apresentam quadros semelhantes aos de alguns países da África (BITTENCOURT e MAGALHÃES, 1995).

#### **Principais causas determinantes da desnutrição**

Numa população normal existem indivíduos naturalmente magros ou baixos devido à constituição genética, porém a proporção desses indivíduos em uma população sadia é muito pequena, isto é, cerca de 2,5%. Portanto, quando o número de crianças baixas e/ou magras é elevado, certamente existem fatores que estão impedindo o pleno desenvolvimento do potencial genético.

Basicamente, os fatores determinantes da desnutrição são de ordem **nutricional**, relacionados à falta de alimentos ou desconhecimento de práticas alimentares adequadas e/ou de morbidade, principalmente as **infecções repetidas**, que diminuem o apetite e aumentam a demanda energética.

A **falta de alimentação adequada** pode alterar o crescimento de forma reversível ou irreversível. Se a restrição nutricional ocorrer por pouco tempo, os déficits de peso e altura serão menos acentuados, podendo ser corrigidos pela alimentação adequada, com recuperação da defasagem e retorno à curva de crescimento normal. Por outro lado, se a

inadequação alimentar for grave e prolongada, incidindo desde a fase intra-uterina, os retardos no crescimento são mais acentuados e dificilmente recuperados, mesmo com uma suplementação alimentar adequada. O capítulo "Promoção do aleitamento materno e da alimentação da criança" apresenta os grupos de alimentos, bem como a forma que os alimentos devem ser introduzidos e oferecidos à criança.

A recorrência de **doenças infecciosas**, por sua vez, pode provocar desnutrição e atraso no crescimento, independentemente da disponibilidade de alimento, através da anorexia, aceleração do metabolismo e/ou aumento das perdas de nutrientes. Pode também, agravar um quadro de desnutrição em crianças já nutricionalmente deficientes, o que, por sua vez, aumenta a incidência, a gravidade e a duração dos processos infecciosos, prolongando o tempo de internação e podendo resultar em seqüelas para o desenvolvimento mental. Este círculo vicioso culmina no efeito adverso mais devastador que é a morte.

Como a desnutrição pode se manifestar através do baixo peso ao nascer (menos de 2500g) e do déficit do crescimento nos primeiros anos de vida (inadequação dos índices altura/idade, peso/idade e peso/altura), destacam-se no quadro abaixo passos importantes para sua detecção precoce e manejo adequado:

<b>Prevenção do baixo peso ao nascer</b>	<b>Monitorização do crescimento</b>
Deve ser feito mediante cuidados pré-natais adequados, já assinalados em capítulo específico. Tem como objetivo detectar precocemente a desnutrição, podendo ser diagnosticada facilmente através da verificação do peso e altura e avaliação da adequação do ganho de peso gestacional.	O acompanhamento constante do crescimento físico, deve ser feito através da antropometria. Tem por fim conhecer o estado nutricional e detectar precocemente eventuais desvios, possibilitando vigiar o estado geral de saúde da criança.

Fonte: Baseado em EUCLYDES (1997)

Próxima Página



# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Interação com a Família da Criança Cronicamente Doente

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Elaine Buchhorn Cintra Damião<sup>1</sup>  
Lisabelle Mariano Rossato-Abéde<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:41:24 AM

<sup>1</sup> Profa. Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. Área de Enfermagem Pediátrica. Membro do GEENF - Grupo de Estudos em Enfermagem da Família.

As doenças crônicas afetam a criança, como pessoa, e a sua família como sistema, de maneira intensa e sem retorno, já que a doença não é um evento transitório. Torna-se necessário esclarecer como as várias doenças crônicas se manifestam ao longo do curso da enfermidade e como isto afeta o ciclo de vida da criança e da família, a fim de que se possa avaliar e compreender como a família vivencia a situação de doença crônica da criança e propor uma intervenção de enfermagem baseada nas necessidades da criança e da família. Primeiramente, pode-se classificar a doença crônica em quatro grandes grupos e quais as reações mais comuns da família (Quadro 1):

**Quadro 1:** Classificação das doenças crônicas e reações da família.

	DESCRIÇÃO	REAÇÕES DA FAMÍLIA

<p style="text-align: center;"><b>INÍCIO</b></p>	<p><b>Início abrupto:</b> doença de aparecimento clínico súbito, diabetes juvenil.</p> <p><b>Início gradual:</b> doença que apresenta início insidioso, são exemplos, asma e artrite reumatóide juvenil, fibrose cística do pâncreas.</p>	<p>As doenças de início agudo exigem da família uma rápida mobilização e capacidade de administrar a crise.</p> <p>Este tipo de doença permite que a família tenha mais tempo para lidar com as mudanças trazidas pela doença, tendo um período maior de ajustamento.</p>
<p style="text-align: center;"><b>CURSO</b></p>	<p><b>Progressiva:</b> torna-se mais grave com o correr do tempo, a incapacidade desenvolve-se de modo gradual e progressivo. Ex.: câncer, diabetes juvenil, artrite reumatóide juvenil.</p> <p><b>Constante:</b> o evento inicial acomete a pessoa com posterior estabilização. A fase crônica é caracterizada por alguma seqüela, tornando a mudança semipermanente. Ex.: trauma com paralisia.</p> <p><b>Reincidente ou Episódica:</b> alternância entre períodos de pouca sintomatologia, com outros de exacerbação. Ex.: câncer em remissão; asma.</p>	<p>Aqui, além dos períodos de alívio serem mínimos, novas demandas de cuidado são continuamente acrescidas à rotina familiar, podendo levá-la à exaustão.</p> <p>Após a fase inicial de choque e desorientação da família, ela tende a adaptar-se à situação de doença, criando estratégias que melhor se adequem à sua dinâmica familiar.</p> <p>Muitas vezes, a família consegue manter uma rotina "normal". O seu sofrimento está relacionado à frequência das fases de crise e não-crise, bem como à incerteza de não poder prever quando será a próxima crise.</p>

<p><b>CONSEQÜÊNCIAS</b></p>	<p><b>Não encurtam a vida:</b> são as doenças que geralmente não afetam o número de anos de vida da criança. Ex.: a artrite reumatóide.</p> <p><b>Intermediário:</b> são doenças imprevisíveis. Ex.: diabetes juvenil e asma severa.</p> <p><b>Encurtam a vida:</b> são doenças progressivas e fatais. Ex.: câncer metastático, fibrose cística do pâncreas.</p>	<p>A extensão com que a doença crônica pode encurtar a vida da criança ou mesmo levá-la à morte é uma das grandes preocupações da família. Nas situações em que as doenças não ameaçam a vida da criança de forma iminente, como asma, diabetes juvenil e artrite reumatóide juvenil, as famílias podem tornar-se superprotetoras e as crianças acabam obtendo grandes ganhos secundários, em termos de atenção, privilégios e afeto.</p> <p>Nas situações em que a doença ameaça a vida, a família pode apresentar uma tendência à tristeza e à perda antecipada.</p>
<p><b>INCAPACITAÇÃO</b></p>	<p><b>Danos de movimento:</b> a doença causa dificuldades de motricidade e mobilidade da criança. Ex: artrite reumatóide juvenil.</p> <p><b>Danos à produção de energia:</b> asma, diabetes juvenil, câncer, fibrose cística do pâncreas.</p>	<p>A família ajusta-se às situações limitantes dependendo do grau da incapacidade e quão repentinamente ela ocorreu. Na artrite reumatóide juvenil, por ex., a família possui mais tempo para adaptar-se e criar estratégias para conviver com as deficiências da criança doente.</p>

Uma outra dimensão da doença crônica refere-se às suas três fases temporais: fase de crise, fase crônica e fase terminal.







Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

Maio  
24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Ações de Enfermagem para a Promoção da Saúde Infantil

### Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Maria De La Ó Ramallo Veríssimo<sup>1</sup>  
**Última Atualização:** 9/26/2001 7:41:04 AM

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora-assistente do Departamento de Enfermagem Materno-infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP. E-mail: [mdlorver@usp.br](mailto:mdlorver@usp.br)

Muitos problemas de saúde não podem ser resolvidos no interior do sistema de saúde, exigindo, cada vez mais, ações intersetoriais. A violência urbana, por exemplo, é a causa de mortalidade que mais cresce, consumindo volume importante dos recursos do sistema de saúde, sendo que esse setor tem limitadas condições de agir sobre suas causas. Por essa razão, a ótica da promoção da saúde na concepção dos sistemas de vigilância propõe o reconhecimento dos determinantes da saúde e dos caminhos de ação possíveis, os quais, geralmente, demandam o envolvimento de outros setores governamentais e da sociedade.

Os profissionais da área da saúde podem atuar e influenciar todos os campos de ação da promoção da saúde, que são: **desenvolver políticas públicas saudáveis, criar ambientes saudáveis, fortalecer a ação comunitária, desenvolver habilidades pessoais e reorientar os serviços de saúde.** Para tanto, o volume de ações a serem discutidas é imenso. Nesse texto, foi feito um recorte e optou-se por apresentar algumas ações referentes aos dois últimos campos, que podem ser realizadas individualmente pela enfermeira, em seus contatos com crianças e famílias, para a promoção da saúde infantil, sem perder de vista que tais ações são complementares e devem ser aliadas a intervenções nas demais esferas. As ações propostas podem também ser encaminhadas junto a outras

instituições que cuidam de crianças, como as creches e pré-escolas.

### **Ações de enfermagem para a promoção da saúde infantil**

As ações de enfermagem devem delinear-se com base nos perfis epidemiológicos da população infantil no território abrangido pela unidade de saúde e na identificação de riscos potenciais. Têm como objetivo influir no processo saúde-doença infantil, fortalecendo as ações dos usuários/famílias que concorrem para a saúde da criança, e superar os riscos potenciais. Na busca de seu objetivo, a priorização do atendimento às crianças expostas aos maiores riscos, identificadas pelo instrumental do modelo epidemiológico, garante a equidade da atenção. No Brasil, a diarreia, as infecções respiratórias agudas, a desnutrição e anemia, as doenças imunopreveníveis e, em algumas localidades, a malária, ainda se constituem como os principais agravos para as crianças menores de 5 anos. Por essa razão, as ações básicas de saúde, que compreendem o controle das IRAs e das doenças diarreicas, o acompanhamento do crescimento e o incentivo ao aleitamento materno e às imunizações continuam sendo as principais intervenções. Atualmente, a estratégia de Atenção Integrada às Doenças Prevalentes na Infância (AIDPI) combina todas essas ações, num modelo de atendimento global à criança<sup>2</sup>.

#### **1. Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento**

A situação de crescimento e desenvolvimento (CD) da criança é o principal indicador de suas condições de saúde. Portanto, a promoção da saúde infantil compreende todas as ações diretas e indiretas que favorecem a criança atingir seu potencial de CD. No que diz respeito a ações diretas que competem à enfermeira, destaca-se o acompanhamento do CD, o qual contempla a avaliação do CD e a educação em saúde, a qual consiste em atuar junto aos pais e cuidadores infantis, bem como às próprias crianças, mantendo ou promovendo a aquisição de competência para atender as necessidades da criança, que incluem: comunicação, higiene, imunizações, sono, nutrição (quantidade, qualidade, hábitos), afeto, segurança, jogos/brincadeiras, sexualidade, cuidados dentários, disciplina e auto-estima. Para promover a expressão saudável de todas essas dimensões da infância, compete à enfermeira:

- Compreender essas funções para as diferentes crianças em diferentes idades e estágios do desenvolvimento e compartilhar essa compreensão com a família e cuidadores.
- Assegurar que as famílias fiquem conscientes de todos os serviços de saúde disponíveis, sobre os tratamentos e procedimentos, tomem parte no cuidado à criança e sejam estimuladas a manter ou mudar as práticas de saúde existentes.
- Usar sua capacidade profissional para apoiar a criança e a família a enfrentar as situações e os desafios do processo saúde-doença.

---

<sup>2</sup> Para informações sobre a estratégia AIDPI, ver capítulo sobre assistência de enfermagem à criança com diarreia aguda e desidratação.



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Vera Lúcia Conceição de Gouveia Santos<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:42:16 AM

<sup>1</sup> Extraído do capítulo: Santos VLCG Avanços tecnológicos no tratamento de feridas e algumas aplicações em domicílio. In: Duarte YAO.; Diogo MJE Atendimento domiciliar: um enfoque gerontológico. 1ed, Atheneu, São Paulo, 265-306, 2000

<sup>2</sup> Professor Doutor do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP. Enfermeira Estomaterapeuta

## 1. INTRODUÇÃO

Em fins do século XX e transição para o 3º milênio, muito se tem focado acerca do cuidado avançado em saúde, estando, certamente, entre as áreas por ele abrangidas, o cuidado em feridas, desde os seus aspectos preventivos até os terapêuticos.

O profundo desenvolvimento na área celular, nas três últimas décadas, tem levado os profissionais de saúde que atuam na prevenção e tratamento de feridas a uma revisão dos conceitos e procedimentos tradicionais, muitos dos quais empregados desde a Antiguidade e, acima de tudo, ao reconhecimento de que a lesão é apenas um aspecto de um todo holístico, que é o ser humano. Esse motivo exige atuação interdisciplinar, através de intervenções integradas e sistematizadas, fundamentadas em um processo de tomada de decisão, que almejam, como resultado final, a restauração tissular com o melhor resultado estético e funcional. Para tanto, é fundamental que sempre tenhamos em mente que cada paciente e cada ferida são únicos.

Este capítulo tem como objetivos rever alguns aspectos sobre as feridas, desde os conceituais àqueles do tratamento, considerados básicos para as intervenções no domicílio.

## 2. CONCEITO E CLASSIFICAÇÃO DE FERIDAS

Existem inúmeros conceitos, definições e formas de classificação de feridas. De um ponto de vista mais genérico, as feridas podem ser definidas como rupturas das estruturas anatômica e funcional normais do corpo. Para outros autores, elas são resultantes de um dano para o tegumento ou estruturas inferiores, que pode ou não resultar em perda da integridade, mas que leva ao comprometimento de função fisiológica tissular.

Quanto à classificação das feridas, embora bastante variável, constitui importante forma de sistematização necessária para o processo de avaliação e registro. Assim, o tempo de reparação tissular pode ser um dos tipos de classificação e consiste em agudas e crônicas. As feridas agudas são oriundas de cirurgias ou traumas, cuja reparação ocorre em tempo adequado e seqüência ordenada, sem complicações, levando à restauração da integridade anatômica e funcional; as crônicas, contrariamente, são aquelas que não são reparadas em tempo esperado e apresentam complicações. Outra forma de classificação refere-se à extensão do dano tissular, onde há a descrição anatômica e definição da profundidade das paredes tissulares envolvidas. Engloba a ferida superficial, erosão ou destruição, limitada à superfície epidérmica (ex: bolha); a ferida com perda parcial de tecido ou de espessura parcial ou de densidade parcial, restrita à epiderme e porção superior da derme (ex: área doadora para enxertia; úlcera de pressão estágio II); perda total de tecido ou espessura total ou densidade total, em que há perda ou destruição de epiderme, derme e subcutâneo, podendo invadir ainda músculos, tendões e ossos (ex: úlcera de pressão estágio III ou IV). Este tem sido bastante empregado atualmente.

Além dessas, há ainda as chamadas respostas primárias e secundárias da pele a diversos estímulos agressivos, que constituem, na realidade, as causas básicas das lesões, quais sejam: fatores mecânicos, químicos, vasculares, infecciosos, alérgicos, térmicos, radiativos e outros. Cada tipo de estímulo origina uma única reação característica na pele, como: eritema, mácula, pápula, vesícula, erosão ou úlcera. As reações primárias podem evoluir para as secundárias, isto é, das respostas sem ruptura para aquelas com ruptura de integridade da pele, respectivamente.

Krasner e Van Rijswijk propõem um algoritmo para classificação de feridas que envolvem duas grandes categorias: a primeira relaciona-se às causas de lesão, cirúrgicas e não-cirúrgicas, enquanto a segunda, ao tempo de reparação, agudas e crônicas. Ao associá-las, inclui os aspectos de profundidade e perda tissular.

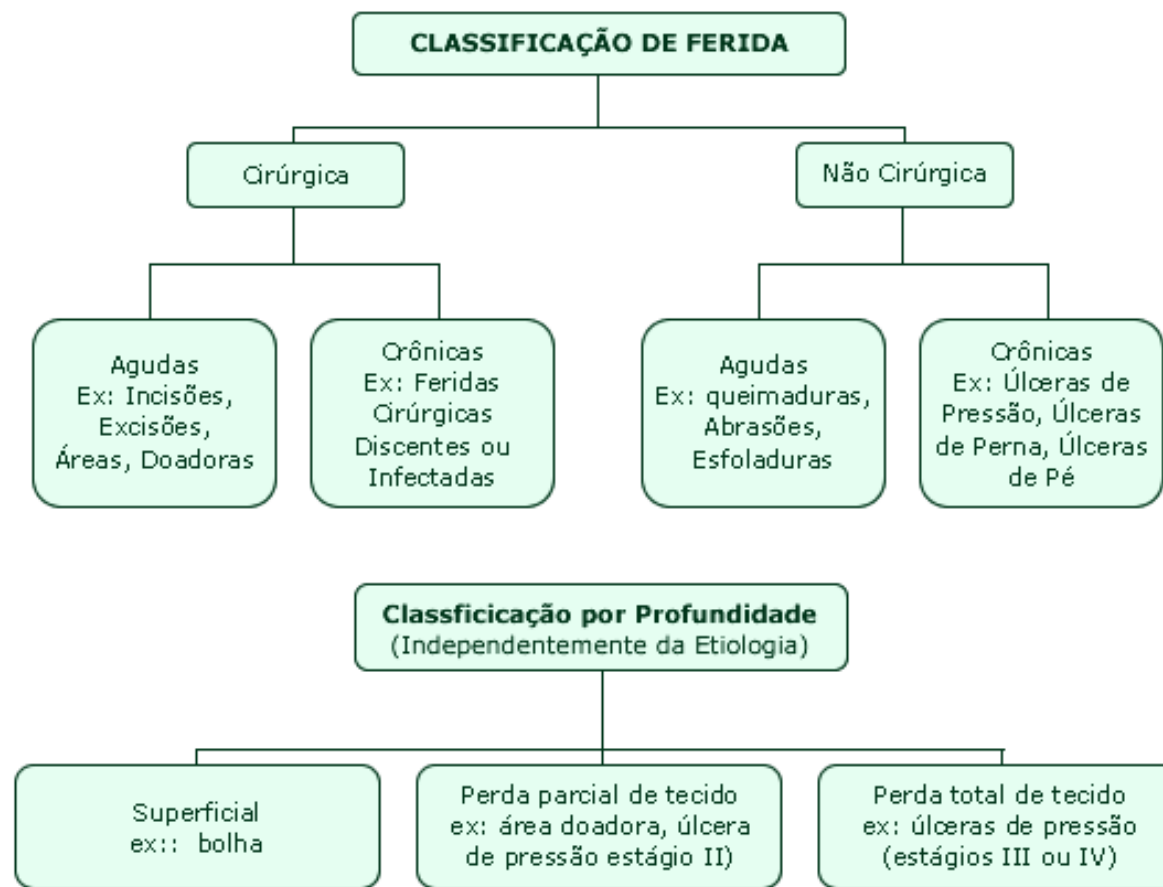


Figura 1: Algoritmo para classificação de feridas.

(Fonte: Van Rijswijk, L. Wound assessment and documentation; In: Krasner, D; Kane, D. Chronic wound care: a clinical source book for healthcare professionals. 2ed, Health Management Publications, Wayne, Cap.4, p.18, 1997b. ).

Próxima Página ▶

# Programa Saúde da Família

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

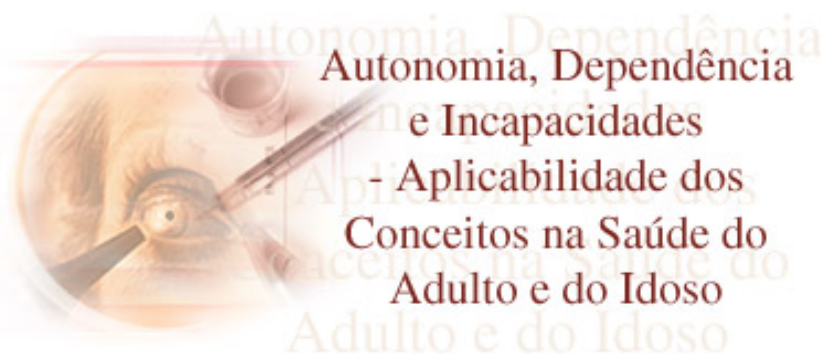
Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Professora Doutora Ana Cristina Mancussi e Faro<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:41:58 AM

<sup>1</sup> Professor Associado do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP. Av. Dr. Enéas de Carvalho Aguiar, 419 - Cerqueira César, São Paulo-SP - CEP: 03054-000 e-mail da autora: [rafacris@usp.br](mailto:rafacris@usp.br)

A finalidade deste texto é discorrer sobre os seguintes conceitos: autonomia, dependência e independência, deficiência, incapacidade e desvantagem. No entanto, para compreendê-los melhor quanto à sua aplicabilidade na prática junto ao indivíduo, família e comunidade, alguns dados epidemiológicos serão abordados.

Os dados geradores de deficiências, incapacidades e desvantagem podem ser analisados sob dois aspectos. O primeiro deles refere-se à importância das causas externas: acidentes e violências, fontes geradoras de mortes e de vítimas com seqüelas muitas vezes irreversíveis. Podem-se citar os acidentes de trânsito, homicídios, afogamentos, quedas de altura, envenenamentos e suicídios, entre tantos outros, sem especificação de origem que ocasionam vítimas fatais ou seqüelas importantes.

Ainda, neste aspecto, há influências regionais (geográficas), sazonais e socioculturais atuando direta e indiretamente nas fontes geradoras de limites, seja a instalação de deficiências, incapacidades, bem como a perda da autonomia.

Vale citar que o Brasil é um país continental, de clima tropical, com muitos rios, lagos e



costa litorânea expressiva, ocasionando acidentes com água. Também enquanto pólo econômico na região sudeste, intensifica a migração, o movimento de emprego e desemprego, o choque cultural e a heterogeneidade, a violência urbana e a superpopulação.

Tais características desenham causas externas e mostram o ferimento por arma de fogo (FAF), acidentes de trânsito, quedas da construção civil, acidentes domésticos, outros acidentes de trabalho vitimando inúmeras pessoas, desestruturando famílias e onerando a todos da sociedade.

O segundo aspecto, que se refere aos dados geradores de deficiências e incapacidades, bem como desvantagem e sobretudo perda da autonomia, são as causas não-traumáticas e neste aspecto estamos considerando o envelhecimento populacional com maior e melhor expectativa e qualidade de vida, a tecnologia assistencial multi e interdisciplinar na atenção às doenças crônicas e degenerativas, no controle e na prevenção das mesmas.

Considerando as conseqüências dos traumas e a importância do controle e da prevenção de violências e complicações, bem como dos estudos para o controle de doenças congênitas por parte da bioengenharia e genética, é necessário ampliar o conhecimento sobre seqüelas, para melhor avaliar e utilizar os termos corretamente.

Quanto ao envelhecimento populacional, cumpre-nos apenas reiterar que em breve o Brasil ocupará uma posição de destaque quanto ao número de pessoas idosas no País. Trata-se de uma explosão do número de pessoas idosas facilmente observável ao nosso redor, nas ruas e nos serviços de saúde.

No processo de envelhecimento aparecem as doenças crônicas caracterizadas, sobretudo, pela hipertensão arterial, diabetes, doenças reumáticas, etc.

Autonomia, dependência e independência são conceitos que vêm sendo mais amplamente discutidos pelos profissionais da área de saúde que atuam junto à pessoa idosa, mas vale lembrar que a pessoa adulta também merece atenção pelos dados apresentados anteriormente.

[Próxima Página](#)

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Sílvia Regina Secoli<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:43:12 AM

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

## 1. Introdução

A crescente morbi-mortalidade do câncer indicada nas estatísticas brasileiras (2º causa de morte), o alto custo do tratamento, suas repercussões no sistema de saúde e a interferência na qualidade de vida do indivíduo apontam aos profissionais da saúde que são necessários o estabelecimento de estratégias de intervenção no processo doença e maior capacitação dos recursos humanos para atuarem de modo competente, principalmente no âmbito domiciliário.

Câncer é o termo aplicado a um conjunto de mais de 100 doenças, que se caracterizam pelo processo de multiplicação celular desordenado e capacidade de invasão para outras regiões e tecidos. O processo fisiopatológico inicia-se quando uma determinada população de células sofre transformações no material genético contido no núcleo (ácido desoxirribonucléico - DNA), dando origem a descendentes insensíveis aos mecanismos reguladores do crescimento e divisão celular normal.

Sabe-se que 80% dos tipos de câncer estão relacionados ao tipo de dieta, ao hábito de fumar e/ou consumir álcool, ao consumo de alguns medicamentos, ao tipo de ocupação, a

exposição prolongada ao sol, aos poluentes atmosféricos, e a alguns tipos de agentes infecciosos.

Diante dessas considerações e da complexidade do tema, optou-se por discutir neste capítulo os princípios dos tipos de tratamento, as ações educativas do enfermeiro no controle do câncer, e subsídios teórico-práticos para intervenções de enfermagem frente aos sinais e sintomas (mais freqüentes) decorrentes da doença e do tratamento. Estas manifestações clínicas são causas freqüentes de importante limitação das atividades de vida diária, desconforto e sofrimento do doente e da família.

## 2. Modalidades de tratamento

Apesar do câncer representar um problema de saúde pública em âmbito mundial, a sobrevivência e a qualidade de vida dos doentes têm aumentado e vários fatores contribuíram para isso: o diagnóstico precoce, a descoberta de novos medicamentos e a abordagem terapêutica multidisciplinar.

O plano terapêutico do doente com câncer é estabelecido após o diagnóstico e o estadiamento do tumor, considerando-se o grau de comprometimento do estado geral do indivíduo e as modalidades de tratamento disponíveis (cirurgia, quimioterapia, radioterapia, bioterapia, hormonioterapia e transplante de medula óssea). Atualmente, são utilizados esses tratamentos de modo isolado ou em conjunto, com o objetivo de reduzir a massa tumoral, atuar sobre as células malignas circulantes, diminuir os riscos de incidência, progressão e recidiva da doença e melhorar as condições imunológicas do paciente.

O conhecimento dos princípios das modalidades terapêuticas oferece aos profissionais subsídios para prever as complicações e instituir medidas imediatas nas manifestações que oferecem risco para a vida do doente.

A **cirurgia** é abordagem terapêutica mais antiga de combate ao câncer e visa remover de forma mecânica o tumor ou parte dele, com o objetivo de diagnosticar (biópsias), prevenir (nos casos de doenças pré-cancerosas), curar, paliar, estadiar, ressecar metástases e reconstruir.

A **quimioterapia** é uma estratégia que visa tratar a doença de modo sistêmico. Utiliza-se de agentes antineoplásicos, que interferem nas funções e na reprodução celular, com o objetivo de causar a destruição das células malignas. Os antineoplásicos não possuem toxicidade seletiva para as células malignas, desta forma, atingem também células sadias dos tecidos de rápida proliferação. Por este motivo, são obrigatórios períodos de interrupção da quimioterapia para recuperação do doente, visto que para o tratamento são necessárias doses repetidas de antineoplásicos durante longos períodos.

A **radioterapia** utiliza radiação ionizante proveniente de aparelhos (por exemplo, bomba de cobalto) ou de materiais radiativos (por ex. Césio137, Iridio192) para destruir as células malignas.

A **bioterapia** emprega agentes chamados Modificadores de Resposta Biológica (MRB) para

modificar o funcionamento do sistema imune (imunidade celular ou humoral) do paciente e produzir efeito antitumoral através de ação estimulante ou supressora. Os agentes utilizados como MRB incluem as interleucinas, os interferons, os fatores estimulantes de crescimento de colônias, os anticorpos monoclonais, o Bacilo Calmette-Guerin (BCG), o levamisol, e os indutores de diferenciação celular.

A **hormonioterapia** é uma estratégia clínica para tratar os tumores hormônio-dependentes, em que o bloqueio da produção de determinados hormônios (através de medicamentos específicos) pode reduzir o hormônio responsável pelo crescimento do tumor.

O **transplante de medula óssea (TMO)** visa tratar a doença através da substituição da medula óssea doente pela sadia, e restabelecer, assim, a função medular normal. O preparo para o TMO compreende a realização de quimioterapia (fase de condicionamento), e em alguns casos, a radioterapia (no corpo inteiro). A fase subsequente é a infusão da medula óssea, que pode ser obtida de doador geneticamente similar ao receptor (alogênico), de doador gêmeo idêntico do receptor (singênico) ou do próprio receptor após o pré-tratamento da medula doente (autólogo).

[Próxima Página](#) ▶



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Angela M. G. Pierin<sup>1</sup>

Décio Mion Jr<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:42:54 AM

<sup>1</sup> Professora Livre Docente da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Professor Livre Docente Da Disciplina de Nefrologia da faculdade de Medicina da universidade de São Paulo

## A hipertensão arterial como problema de saúde pública

A hipertensão arterial é uma doença de natureza multifatorial, caracterizada pela elevação da pressão arterial freqüentemente associada a alterações metabólicas e hormonais e fenômenos tróficos. Acomete um grande número de pessoas, cerca de 15 a 20% da população adulta, chegando a 50% nos idosos. Atinge mais pessoas do sexo masculino até 45-50 anos e a partir desta faixa a prevalência é maior nas mulheres. Tende a ser mais prevalente entre negros e também naqueles com história familiar para hipertensão. Em crianças e adolescentes também aparece de maneira considerável.

A hipertensão arterial é considerada um dos principais fatores de risco cárdio e cerebrovasculares. A presença de hipertensão duplica o risco cardiovascular. Além disto, a hipertensão é o primeiro fator de risco para acidente vascular cerebral. Ademais, cerca de 90% das pessoas em estágio final de doença renal têm história de hipertensão. Ressalta-se ainda, o alto custo social em nosso meio, pois a hipertensão é responsável por cerca de 40% dos casos de aposentadoria precoce e absenteísmo ao trabalho.

Em face dessas considerações salienta-se a importância de que todos os profissionais da área da saúde devam concentrar esforços na prevenção, através da adoção de hábitos de vida saudáveis, na detecção precoce da doença por meio da medida regular da pressão arterial e, uma vez identificada a doença, o controle adequado, corrigindo ou evitando complicações.

### A identificação da hipertensão arterial

A hipertensão arterial é uma doença praticamente assintomática e a sua identificação se faz através da medida da pressão arterial. Valores persistentemente iguais ou maiores do que 140 mmHg para a pressão sistólica e/ou 90 mm Hg para a diastólica são considerados hipertensão.

O Quadro 1 apresenta a classificação dos níveis da pressão arterial para pessoas adultas. Em crianças e adolescentes por meio de tabelas classifica-se a pressão arterial em função do percentil de estatura, idade e sexo. Para valores abaixo do percentil 90, normotensão; entre 90-95, normal limítrofe; e acima do percentil 95, hipertensão.

#### Quadro 1. Classificação diagnóstica da hipertensão arterial (>18 anos). III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial, 1998. (III CBHA)

Pressão Arterial (mm Hg)		Classificação
Diastólica	Sistólica	
<85	<130	Normal
85-89	130-139	Normal Limítrofe
90-99	140-159	Hipertensão Leve (estágio 1)
100-109	160-179	Hipertensão Moderada (estágio 2)
>110	>180	Hipertensão Grave (estágio 3)
<90	>140	Hipertensão Sistólica Isolada

O diagnóstico da hipertensão baseia-se no achado de níveis acima da normalidade através da medida da pressão arterial pelo método indireto, em pelo menos duas ou mais visitas, no mínimo duas medidas em cada vez, na posição sentada e/ou deitada e na primeira avaliação nos dois braços.



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Sonia Aurora Alves Grossi<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:42:40 AM

<sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP

## 1. Introdução

"O **diabetes mellitus** é uma doença que exige **toda uma vida** de comportamentos especiais de autocuidado" para que a glicemia seja mantida o mais próximo possível da normalidade(SMELTZER; BARE, 1993).

O controle inadequado do diabetes ao longo dos anos da doença representa ameaça à vida do paciente, pois favorece a precocidade e o risco aumentado de doenças coronarianas, acidentes vasculares cerebrais, retinopatia, nefropatia, insuficiência vascular periférica, neuropatia periférica, neuropatia autonômica e morte prematura, entre outras. O impacto do diabetes mellitus como um sério problema de saúde pública está no fato de que a maioria das complicações crônicas inerentes à doença é altamente incapacitante para a realização das atividades diárias e produtivas, compromete a qualidade de vida e o tratamento das mesmas e é extremamente oneroso para o sistema de saúde.

Evidências a partir de observações clínicas, epidemiológicas e bioquímicas, demonstradas por dois dos estudos prospectivos mais significantes em diabetes (DCCT, 1993 e UKPDS, 1998), indicam que a manutenção de parâmetros glicêmicos e da pressão arterial próximos à normalidade podem reduzir a incidência e a severidade das complicações neuropáticas,



macro e microvasculares.

Os resultados desses estudos salientaram a necessidade de expansão de equipes de cuidado à saúde (médicos especialistas e educadores em diabetes, entre outros), maior esforço profissional na educação em diabetes, melhor relacionamento entre especialistas e cuidadores, além de planejamento de recursos financeiros. Evidenciaram também que os benefícios a longo prazo de ter diabéticos com melhor qualidade de vida, mais produtivos e com menos complicações, compensariam os custos com o rígido controle.

A obtenção de bom controle metabólico ao longo da vida não é fácil, pois o diabetes é uma doença imprevisível e também porque cada pessoa responde de maneira diferente ao tratamento. Assim sendo, e, considerando que 99% dos cuidados diários necessários ao tratamento do diabetes são realizados pelo paciente ou familiar, a educação assume importância fundamental na terapêutica e na integração do diabético na sociedade, como reconhece a Organização Mundial da Saúde.

## 2. Educação para o manejo do diabetes mellitus

Esculpida em uma pedra em frente à Clínica Joslin, construída em 1955 em Boston, encontra-se a inscrição que refletiu a convicção de Elliot P. Joslin:

**"A Educação não é somente parte do tratamento do diabetes é o próprio tratamento".**

A importância da educação no manejo do diabetes é reconhecida desde a década de 20, tornou-se formal como experiência pioneira na clínica Joslin em 1930, foi oficializada em alguns países a partir da década de 70, mas foi nas décadas de 80 e 90 que a equipe de saúde passou a acreditar na educação como forma de obtenção de controle metabólico mais adequado.

A educação em diabetes é importante porque permite que os pacientes se sintam melhor, propicia um melhor controle metabólico, favorece o decréscimo dos custos com o tratamento e protege contra a prática profissional inadequada.

O cuidar em diabetes na perspectiva de rígido controle glicêmico está tendo necessidade de redirecionamento. Assim sendo, o programa educativo em diabetes deve ter como objetivos:

### **Educação em diabetes Objetivos**

- Aumentar os conhecimentos sobre diabetes
- Desenvolver habilidades para o autocuidado
- Estimular a mudança de comportamento
- Oferecer suporte para o manejo dos problemas diários decorrentes da doença
- Prevenir as complicações agudas e crônicas da doença

A educação de pessoas com diabetes deve ser pensada com um processo onde se consiga proporcionar à elas, experiências que influenciem sua compreensão, suas atitudes e suas práticas relacionadas ao viver com diabetes. Desta forma, pontuaremos a seguir o que acreditamos constituam-se competências de todo educador em diabetes:

#### **Competências do educador em diabetes**

- Avaliação do déficit de conhecimento e dos aspectos psicossociais
- Desenvolvimento de habilidades de sobrevivência
- Educação continuada, aprofundada e atualizada
- Adoção de estratégias de mudança de comportamento

Próxima Página



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio  
24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Controle da Dor no Domicílio

### Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Cibele Andrucioli de Mattos Pimenta<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:44:32 AM

<sup>1</sup> Enfermeira. Professora Livre-Docente do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

Esse capítulo é síntese do livro Dor: manual clínico de enfermagem, de autoria de Pimenta CAM e colaboração de Secoli SR; Garcia DM; Calil AM; Kurita GP; Gutierrez BAO e Martins LMM

Dor é uma das principais causas de procura pelo sistema de saúde. Quando não controlada, é descrita como responsável pelo aumento da ocorrência ou agravamento de complicações, especialmente pós-operatórias e pós-traumáticas, pelo prolongamento das internações, por aumento dos custos e pela menor satisfação do doente com os tratamentos. Está entre as principais causas de sofrimento, desgaste físico, psíquico e social, prejuízo às atividades de vida diária, piora da qualidade de vida, absenteísmo ao trabalho, licenças médicas, aposentadoria por doença, indenizações trabalhistas e baixa produtividade em condições crônicas. Disto resulta a importância de se preparar os profissionais de saúde para lidarem com o tema.

### 1. DOR: Conceitos Básicos

Dor foi conceituada pela Associação Internacional para Estudos da Dor como "uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a um dano tecidual, real ou potencial, ou descrita em termos de tais danos. Cada indivíduo aprende a utilizar este termo através de suas experiências anteriores..." Dessa definição, corrobora-se que a relação lesão

tecidual e dor não é exclusiva ou direta e que na experiência dolorosa aspectos sensitivos, emocionais e culturais estão imbricados de modo indissociável. Depreende-se, ainda, que dor é sempre uma experiência subjetiva que pode ser compartilhada a partir do relato de quem a sente. A dor pode ser classificada em aguda, crônica, neuropática e nociceptiva.

A **dor aguda** está relacionada a afecções traumáticas, infecciosas ou inflamatórias, há expectativa de desaparecimento após a cura de lesão, a delimitação têmporo-espacial é precisa, há respostas neurovegetativas associadas (elevação ou diminuição da pressão arterial, taqui ou bradicardia, taqui ou bradipnéia, entre outras), ansiedade e agitação psicomotora. Essas respostas são frequentes e têm a função biológica de alertar o organismo sobre a agressão.

A **dor crônica** é aquela que persiste após o tempo razoável para a cura de uma lesão ou que está associada a processos patológicos crônicos, que causam dor contínua ou recorrente. Não tem mais a função biológica de alerta, geralmente não há respostas neurovegetativas associadas ao sintoma, é mal delimitada no tempo e no espaço e ansiedade e depressão são respostas emocionais frequentemente associadas ao quadro. É de controle mais difícil e muitas vezes não se observa relação entre a existência e a magnitude de lesão tecidual e a queixa de dor. A dor crônica é causa de inúmeros afastamentos do trabalho, de ônus ao sistema de saúde e à sociedade, e de sofrimento ao indivíduo e à sua família. São exemplos de dor crônica: dores oncológicas, lombalgias, cefaléias, lesões por esforços repetitivos, fibromialgia, neuropatia dolorosa diabética e dor pós-herpes zoster, entre outras.

**Dor neuropática** decorre de lesão parcial ou total de vias sensitivas do sistema nervoso periférico ou central, como nos casos de neuropatia dolorosa diabética, neuralgia do trigêmio, dor após acidente vascular cerebral, invasão de nervos ou plexos por tumores, etc.

**Dor nociceptiva** é aquela decorrente da elevada síntese de substâncias inflamatórias (algiogênicas-que geram dor) como nos casos de cortes, fraturas, infecções etc.

**Dor mista** é aquela em que há elementos neuropáticos e nociceptivos. É comum nas dores oncológicas.

O tratamento da dor neuropática e nociceptiva apresenta diferenças.



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

Maio  
24

## Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



## Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



## Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



## Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:45:48 AM

<sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgico da EEUSP

O envelhecimento populacional é um fenômeno mundial e que adquire características muito peculiares em nosso país, dada a velocidade com que vem se instalando. Estimativas apontam para uma cifra de 32 a 33 milhões de pessoas com mais de 60 anos<sup>2</sup> no ano de 2025. Antes denominado um *país de jovens*, hoje o Brasil já pode ser considerado um País estruturalmente envelhecido, segundo padrões estabelecidos pela Organização Mundial de Saúde. Desta forma, é fundamental que as pessoas em geral e os profissionais de saúde em especial compreendam o processo de envelhecimento e suas peculiaridades de forma a direcionarem seus esforços na construção de um futuro digno e humano a todos.

Dentre as muitas definições de envelhecimento, temos utilizado a citada por BABB e adotada pela OPAS na qual "...envelhecer é um processo seqüencial, individual, acumulativo, irreversível, **não patológico**, de deterioração de um organismo maduro, próprio a todos os membros de uma espécie, de maneira que o tempo o torne menos capaz de fazer frente ao estresse do meio ambiente e, portanto aumente sua possibilidade de morte."

Desta definição, ressaltam-se alguns pontos:

1o. o envelhecimento é um processo e, assim sendo, é algo que vai sendo construído no

transcorrer da existência humana. Não ficaremos velhos aos 60, 70 ou 80 anos, estamos envelhecendo a cada dia, porém dificilmente isto é aceito pelas pessoas em virtude de mitos e esteriótipos socialmente impostos que colocam o velho como uma seção à parte da sociedade para a qual só gera ônus, uma vez que já não faz mais parte do mercado produtivo. Estas imposições sociais são tão expressivas que, na maioria das vezes, as pessoas se referem aos idosos como aqueles que têm pelo menos 15 anos mais que elas, independente da idade que as mesmas possuem. É interessante, no entanto, lembrar que só não ficará idoso ou velho o indivíduo que morrer jovem, o que, sem dúvida, não é anseio nem das pessoas, e tampouco da ciência que há muito vem trabalhando para prolongar os anos de existência do ser humano.

2o. envelhecer é um processo fisiológico e natural pelo qual todos os seres vivos passam e é, sem dúvida, a maior fase do desenvolvimento humano. Nascemos, crescemos e amadurecemos; deste momento até a nossa morte, passamos a vida toda envelhecendo. Nesta fase, várias alterações fisiológicas ocorrerão de modo mais ou menos acentuado e com velocidades variáveis entre as diferentes pessoas geralmente relacionados a variáveis pessoais.

Tais alterações têm por característica principal a diminuição progressiva de nossa **reserva funcional**. Isto significa dizer que um organismo envelhecido, em condições normais, poderá sobreviver adequadamente, porém, quando submetido a situações de estresse físico, emocional, etc; pode apresentar dificuldades em manter sua homeostase manifestando, assim, sobrecarga funcional, que pode culminar em processos patológicos.

O conhecimento e a compreensão de tais alterações são fundamentais para evitar dois grandes equívocos assistências citadas por JACOB Fo onde:

- sinais e sintomas próprios da senescência são equivocadamente atribuídos a doenças, determinando a realização de exames e tratamentos desnecessários. Nada mais é do que "diagnosticar" o envelhecimento como doença;
- todas as alterações encontradas em um idoso são erroneamente atribuídas ao seu envelhecimento natural, impedindo a detecção de processos patológicos passíveis de tratamento e/ou cura.

Neste capítulo, busca-se discorrer sobre alguns aspectos do processo de envelhecimento e suas conseqüências e refletir sobre o cuidado com a pessoa idosa.

---

<sup>2</sup> Segundo a Lei no. 8842/94 que dispõe sobre a Política Nacional do Idoso, em seu cap.I, art. 2o., "considera-se idoso, para efeitos desta lei, a pessoa maior de 60 anos de idade".



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde



# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- **Saúde Mental**
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Prof.a Dr.a Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>1</sup>

Prof.a Dr.a Luciana de Almeida Colvero<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:48:04 AM

<sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrico da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

<sup>2</sup> Professora Assistente do departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrico da escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo

## Introdução

O processo de construção do Sistema Único de Saúde, regulamentado pela Constituição de 1998 e por leis complementares no campo da saúde, tem como pressupostos básicos os princípios da universalização da integralidade, da descentralização e a participação popular.

O fato apresentado coloca-nos diante da constatação que houve avanços na legislação do setor, porém, o mesmo não pode ser evidenciado na prática efetiva dos serviços de atenção à saúde da população.

O modelo de assistência que predomina no País tem suas práticas centradas no atendimento terciário e que tem o hospital como meio e fim do cuidado aos indivíduos que sofrem agravos à saúde.

Considerando a realidade apresentada, o Ministério da Saúde, em 1994, instituiu um novo modelo de atenção à saúde da população que busca a reorientação do modelo tradicional vigente, o qual está centrado no Programa de Saúde da Família.

Segundo COSTA NETO (2000), "*A estratégia de Saúde da Família propõe uma nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, bem como para a sua relação com a comunidade e entre os diversos níveis de complexidade, reconhecendo a saúde como um direito de cidadania e expressa pela qualidade de vida*".

Esta estratégia tem como premissa básica a vigilância à saúde e o enfoque de risco como metodologia que orienta os trabalhos, tendo em vista o melhor aproveitamento dos recursos disponíveis procurando adequá-los às reais necessidades da população.

Desta forma, a família foi eleita em seu contexto sociocultural, como núcleo básico no atendimento à saúde. Para dar conta desse novo objeto de atenção, está em questão a importância de que o enfermeiro e toda a equipe de saúde perceba a multicausalidade dos agravos à saúde, sejam eles de ordem física, mental ou social, tanto individual como coletivo, tendo sempre em vista os indivíduos como sujeitos-cidadãos em seu meio ambiente e em seu contexto sociofamiliar.

Estas importantes mudanças no sistema de saúde do País, no momento atual, caracterizam um cenário privilegiado para implementação de transformações significativas das práticas e saberes na área de Saúde Mental.

Afinal, são quatrocentos milhões de pessoas que sofrem, hoje, no mundo de perturbações mentais e neurológicas ou problemas psicológicos. Além do sofrimento e da falta de cuidados, essas pessoas vivenciam o estigma, a vergonha e a exclusão e com muita frequência a morte. (OPAS, 2000).

No Brasil, segundo ALVES et al. (1994), "*...a prevalência global de transtornos mentais na população brasileira está estimada em 20%. Pesquisas epidemiológicas realizadas em cidades brasileiras de diferentes regiões encontram prevalências de demanda por cuidado psiquiátrico que variam de 34 % (Brasília e Porto Alegre) e 19% (São Paulo)...*", dados que ainda são representativos nos dias de hoje.

Em face do exposto, entende-se a pertinência da apresentação de alguns aspectos relevantes que estão a nortear o campo da saúde mental, buscando contribuir para articulação da díade proposta, Saúde Mental no Programa de Saúde da Família.



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Luciana Colvero<sup>1</sup>  
Yeda Aparecida de Oliveira Duarte<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:47:50 AM

<sup>1</sup> Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP

<sup>2</sup> Enfermeira. Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica da Escola de Enfermagem da USP

Um fato relevante para a prática assistencial contemporânea do enfermeiro é o aumento da demanda por atendimento psiquiátrico nos serviços de saúde de pessoas acima de 60 anos.

Diante deste fato, não se pode desconsiderar que a habilitação e preparação de técnicos de nível superior para o cuidado geral do idoso, particularmente quanto ao seu universo psicológico, é uma das tarefas necessárias e primordiais para os próximos anos em todos os países, notadamente no Brasil. Isto se dá em consequência do expressivo envelhecimento populacional, fenômeno este universal.

O Brasil, inserindo-se no contexto mundial, apresentou um processo de crescimento populacional que se tornou mais notável até o Censo de 1970. De lá para cá, as expectativas de crescimento anual elevado não se concretizaram e o que se pode observar é que houve um decréscimo dessas taxas, chegando à cifra de 1,6% ao ano (Censo 2001),

com menos nascimentos e acentuada redução da mortalidade infantil, diminuição da fecundidade e aumento da expectativa de vida tendo por consequência o envelhecimento populacional. Até o ano de 2025, teremos a 6ª maior população idosa do mundo. Porém será nítida a queda do padrão de vida dos cidadãos, muitos dos quais já vivem espremidos em favelas nos grandes centros urbanos ou nas periferias das cidades, vivendo na base da chamada economia informal.

A rapidez com que esse fenômeno vem ocorrendo leva-nos a indagar se o País conseguirá se adaptar e efetuar mudanças que favoreçam a instalação de condições mínimas e fundamentais para um envelhecimento saudável de forma a assistir adequadamente a esta população quando de seu adoecimento.

Buscando-se alertar os profissionais da área de saúde para a triste questão das pessoas idosas portadoras de distúrbios psiquiátricos elaboramos este texto, com a intenção também de contribuir para a orientação e facilitação do dia-a-dia daqueles que diretamente cuidam destas pessoas. Evidenciou-se que esse grupo populacional se tornará, nas próximas décadas, um dos maiores problemas de saúde pública em nosso meio, o que já ocorre nos países mais desenvolvidos.

Dentre os distúrbios psiquiátricos que mais estão associados ao envelhecimento, daremos destaque às síndromes demenciais, e, em especial, ao denominado mal de Alzheimer.

As síndromes demenciais caracterizam-se por um empobrecimento progressivo de todos os processos psíquicos, cognitivos e afetivos. É decorrente de doença cerebral difusa, crônica, que afeta principalmente o córtex dos hemisférios cerebrais, e também subcorticais e tem em geral um curso progressivo. É uma síndrome de disfunção adquirida e persistente que compromete ao menos três das seguintes atividades mentais: linguagem, memória, capacidade viso-espacial, personalidade, cognição, julgamento e solução de problemas.

Estima-se uma prevalência de 1 a 2% entre os idosos com 60 anos, 3 a 9% entre os de 65 e mais anos taxa esta que se duplica a cada 5 anos até alcançar a cifra de 32% na faixa de 85 anos quando tende a se estabilizar.

[Próxima Página](#)

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- **Saúde Mental**
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher



Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Ana Luisa Aranha e Silva<sup>1</sup>  
Márcia Aparecida Ferreira de Oliveira<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:47:34 AM

<sup>1</sup> Professora Assistente do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP

<sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Psiquiátrica da Escola de Enfermagem da USP

O acometimento de doença mental no membro de um núcleo familiar tende a se transformar numa realidade permeada por sofrimento e dor. Tal evento representa uma crise, que é expressa pela gravidade de sua manifestação e devida ao "...*longo tempo de duração dos sintomas, os fracassos sociais dos pacientes, as dificuldades de comunicação e interação...*" produzindo, no portador individual e nos familiares, vivências de frustração e desespero e "... *um convite para um progressivo isolamento da vida comunitária.*" (MELMAN, 1998).

Este quadro desalentador evidencia, entre outros, um sentimento de culpa dos pais em relação aos filhos e destes com relação aos pais. Via de regra, os prestadores de assistência também responsabilizam os familiares como os produtores de relações conflituosas e adoecedoras.

## Estrutura familiar e as ações em saúde

O *núcleo familiar* ou *família nuclear*<sup>2</sup> ocidental moderna é responsável pela educação, formação, identificação e ajuste de qualquer desvio ou transtorno dos filhos. A ruptura de expectativas que tendem à *normalidade* (nascer, crescer, estudar, namorar, casar, procriar, ter emprego estável) constitui um fator de angústia e sofrimento.

Esta condição caracteriza as sociedades industriais, que nasceram no final do século XVIII, na consolidação do modo capitalista de produção (ARIEËS, 1981), cuja referência de *normalidade* é a capacidade das pessoas estarem incluídas no jogo das trocas sociais, isto é, aderidas ao sistema produtivo.

Coerente ao processo de responsabilização e nuclearização da família, as intervenções junto aos familiares de portadores de doença mental vêm sendo construídas, implementadas e definidas pelo viés da normatização ou desvio, pela culpabilização ou indiferença institucional, pelo isolamento profilático por meio da internação psiquiátrica ou isolamento social via abandono.

Sob a égide da ciência positiva, o olhar prevalente para o fenômeno do adoecimento mental focaliza os sintomas, conflitos, problemas na comunicação, as desabilidades efetivas, cognitivas, laborativas e relacionais, ou seja, nesses duzentos anos de psiquiatria, a assistência ao doente individual tem reservado pouco espaço para a incorporação e implicação afetiva ou operativa dos familiares no decurso do tratamento de seu ente consanguíneo.

Isto porque o modelo hospitalar hegemônico no ocidente reforça a necessidade do isolamento da doença (e, conseqüentemente, do seu portador) para melhor observá-la, estudá-la e tratá-la. Este é o projeto psiquiátrico e o seu objeto de intervenção: a doença (SILVA et al., 2000).

Coerentemente, ao isolamento da doença adere-se o isolamento do sujeito doente, o seu afastamento do núcleo de referência familiar, o empobrecimento das relações e a dificuldade de experimentar vivências enriquecedoras.

Tal mecanismo retroalimenta um velho *mito no campo da saúde mental*, que é a suposta *acomodação dos familiares* frente ao sofrimento mental (ou a sua autodesobrigação frente ao tratamento), assim como a *desobrigação autorizada* pela instituição prestadora de assistência (uma vez que *impede de acessar o intramuros hospitalar*), uma roda viciosa e viciada que tende à manutenção do estatuto da culpa e abandono.

A psiquiatria tem contribuído muito no campo da pesquisa psicofarmacêutica. Entretanto, após tratar a doença, restam: o doente, o pós-crise, a vida cotidiana, a convivência em casa, com a vizinhança, o jeito bizarro de ser e viver, a dificuldade na obtenção ou manutenção de trabalho, a impossibilidade de lazer, etc.

O manejo das situações onde tal humanidade da população-alvo está a descoberto pode buscar amparo num campo ampliado da concepção do processo saúde-doença mental e seu

tratamento. Este é o *campo psicossocial*.

---

<sup>2</sup> Família nuclear é um tipo de estrutura familiar vista nas sociedades industrializadas e consiste de duas gerações: pais e filhos (TAYLOR, 1992)  
Nas sociedades complexas cresce o número de grupos humanos que não atendem aos critérios dos vínculos legais ou consangüíneos tradicionais e que identificam-se como famílias. (TAYLOR, 1992)

[Próxima Página](#)



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde



# Programa Saúde da Família

# PSF

Maio

24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher

## A Prevenção e o Controle das Doenças Transmissíveis no PSF: Estudo de Caso

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Lislaine Aparecida Fracolli<sup>1</sup>

Lúcia Yasuko Izumi

Nichiata<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:56:02 AM

<sup>1</sup> Profa. Dra. do Depto Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

<sup>2</sup> Profa. Assistente do Depto Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

Neste texto, será abordada a intervenção do enfermeiro junto às Doenças Transmissíveis através das concepções da Vigilância Epidemiológica. As intervenções serão desenvolvidas a partir de um exercício pedagógico, baseado no material "Treinamento Básico de Vigilância Epidemiológica - TBVE" do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo. O Ministério da Saúde disponibilizou o "Guia de Vigilância Epidemiológica" (Brasil, 1998) no site <http://www.fns.gov.br>. Este guia contém as ações e atividades relativas ao desenvolvimento da Vigilância Epidemiológica das Doenças de Notificação Compulsória de interesse nacional.

1) Este exercício constitui-se em um estudo de caso desencadeado a partir da ocorrência de uma doença transmissível num dado território e as ações de Vigilância Epidemiológica (VE) que devem ser desenvolvidas.

**Descrição da situação: avaliando a ocorrência de um surto de febre tifóide**

Numa segunda-feira, 15 de junho, durante visita domiciliária a uma família, você identifica que um dos seus membros está acamado, bastante abatido, referindo-se estar com mal-estar, cefaléia e febre desde sábado. Ao discutir o caso com a agente comunitária da sua área, a mesma relata que outras pessoas da região também estão apresentando um quadro semelhante.

Sem outras informações, o que você deve fazer? ***Procurar obter mais informações sobre os sinais e sintomas que as pessoas vêm apresentando e tentar identificar que doença seria essa, na tentativa de confirmar se estaria ocorrendo um surto.***

A agente comunitária acompanha você a uma visita domiciliária às cinco famílias que, segundo ela, tinham pessoas com sintomas semelhantes. Nessa visita, você obteve as seguintes informações:

- todas as pessoas com sintomas tinham participado de uma festa junina do bairro, dia 1º de junho;
- duas pessoas foram atendidas no hospital regional dia 14 de junho, com um importante comprometimento do estado geral, com um quadro clínico claramente infeccioso, dos quais foram colhidas amostras de sangue para a realização de exames (hemograma e hemocultura).

Quais outras informações você deveria pesquisar?

***Das pessoas internadas: o resultado dos exames laboratoriais e as informações da ficha de atendimento hospitalar, com hipótese diagnóstica e condutas.***

***Das pessoas não-internadas: data de início dos sintomas, se procurou atendimento em algum serviço de saúde, se fez exames laboratoriais e quais foram seus resultados. Além desses, dados sobre idade, sexo, ocupação e condições de habitação, bem como outras informações que você julgar pertinente para a caracterização da doença.***

As informações que você coletou dos prontuários de internação e das entrevistas, estão resumidas no Quadro I.

Na Unidade de saúde, entre as pessoas agendadas para a consulta de enfermagem no dia 15 de junho, você atendeu duas outras que apresentavam os mesmos sintomas (mal-estar, cefaléia e febre) identificados na visita domiciliária realizada pela manhã. Na consulta de enfermagem, você obtém a informação de que estes pacientes apresentavam estes sintomas há três dias e também tinham participado da festa junina. Você incluiria estes dois casos junto aos demais descritos no quadro I? Quais as hipóteses diagnósticas poderiam ser levantadas a partir do quadro clínico de todas essas pessoas (Quadro I)?



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

PSE

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher

## Atuação da Equipe de Enfermagem na Vigilância Epidemiológica

**Autores:** Renata Ferreira Takahashi<sup>1</sup>  
 Maria Amélia de Campos  
 Oliveira<sup>2</sup>

**Última Atualização:** 9/26/2001 7:55:48 AM

<sup>1</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP  
<sup>2</sup> Professora Doutora do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

### O conceito e a finalidade da Vigilância Epidemiológica

Segundo o Ministério da Saúde, a Vigilância Epidemiológica (V.E.) compreende o conjunto de atividades que proporcionam as informações indispensáveis para conhecer, detectar ou prever qualquer mudança nos determinantes e condicionantes do processo saúde-doença, com a finalidade de recomendar e executar as medidas de prevenção, controle e tratamento das doenças.

### As transformações históricas do conceito da Vigilância Epidemiológica

Desde a década de 50, a prática da V.E. vem sendo continuamente reformulada. Inicialmente, a VE caracterizou-se pela observação sistemática e ativa da ocorrência de determinadas doenças transmissíveis em indivíduos, através de ações voltadas mais para a vigilância das pessoas do que dos fatores de risco ou para os condicionantes/determinantes dos agravos à saúde. As ações compreendiam a quarentena e o isolamento dos doentes e seus contatos.

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



Na metade da década de 60, o conceito de VE foi ampliado, passando a ter como foco de ação não só o *indivíduo*, mas também a *coletividade*. Gradativamente foi incorporando ações de monitoramento, avaliação, pesquisa e intervenção, através do desenvolvimento das campanhas e dos programas de erradicação das doenças transmissíveis. Foi nessa época que o registro dos dados sobre a doença passou a fazer parte da VE, tornando possível conhecer a maneira como as doenças ocorriam.

O seu conceito sofreu uma revisão ainda mais abrangente na década seguinte, com a criação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, que, apesar de estar voltado principalmente para o controle de doenças transmissíveis de notificação compulsória, passou a incluir também outros tipos de agravos. Na proposta de tal Sistema, era nítida a divisão entre as ações coletivas e de caráter preventivo, atribuídas à saúde pública, e as ações individuais e curativas, associadas ao complexo médico-hospitalar, como se as últimas estivessem situadas à margem desse Sistema. Foram definidas a finalidade, as funções e as atividades integrantes da VE, que passou a ser concebida como um "*conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer em todo momento o comportamento ou história natural da doença, detectar ou prever qualquer mudança que possa ocorrer por alterações dos fatores condicionantes com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas, eficientes, que levem à prevenção e ao controle da doença*".

### **A Vigilância Epidemiológica no SUS**

A reformulação do Sistema Único de Saúde, que ocorreu durante toda a década de 80, culminou com a aprovação da Lei Orgânica da Saúde (Lei nº8.080) em 1990, em que a saúde tem "*...como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país*".

A incorporação do conceito ampliado de saúde ao SUS demandou uma readequação do conceito de V.E. e foi a partir daí que as doenças transmissíveis deixaram de ser o único objeto da VE., tendo sido incorporados os seus determinantes e também as condições que influenciam a sua ocorrência e manifestação.





Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde

# Programa Saúde da Família

Maio  
24

Manual de Enfermagem

- Temas de Caráter Introdutório
- Saúde da Mulher
- Saúde da Criança
- Saúde do Adulto e do Idoso
- Saúde Mental
- Vigilância Epidemiológica



Canais de Busca

Procura por Palavra

Busca Avançada



Manual de Condutas Médicas

- Abordagem da Família
- Sinais e Sintomas mais Frequentes na Prática Clínica
- Doenças Infecciosas
- Atenção à Criança e ao Adolescente
- Atenção ao Adulto
- Atenção ao Idoso
- Atenção à Mulher

## A Operacionalização do Conceito de Vulnerabilidade no Contexto da Saúde da Família

Canais do Tema

- >> Teste de Auto-Avaliação
- >> Fórum de Discussão
- >> Envie para um amigo

Clique aqui para imprimir



**Autores:** Renata Ferreira Takahashi<sup>1</sup>  
Maria Amélia de Campos  
Oliveira<sup>1</sup>

**Última Atualização:** 3/10/2004 12:26:20 PM

<sup>1</sup> Professor Doutor do Departamento de Enfermagem em Saúde Coletiva da Escola de Enfermagem da USP

### A origem do conceito de vulnerabilidade e sua utilização na saúde

O conceito de vulnerabilidade nasceu na área dos Direitos Humanos, tendo sido incorporado ao campo da saúde a partir dos trabalhos realizados na Escola de Saúde Pública de Harvard por Mann sobre a aids. Para compreender como se deu tal incorporação, é necessário recuperar a trajetória histórica dessa epidemia a partir dos anos 80.

A identificação dos primeiros casos em pessoas que já eram discriminadas socialmente (homossexuais, usuários de drogas), associada ao medo de uma doença desconhecida, levou à ampla disseminação do conceito de "grupo de risco para a aids", o que contribuiu para que a síndrome fosse pensada como uma doença "do outro". As primeiras campanhas de prevenção, além de serem insuficientes para evitar a disseminação da doença, estimularam o preconceito e a discriminação.

O avanço do conhecimento sobre a síndrome, na segunda metade da década de 80, e a maior disseminação de informações aliada à pressão exercida por aqueles considerados "grupos de risco" cooperaram para a emergência de um outro conceito conhecido como

"comportamento de risco". Sem dúvida, houve uma evolução na concepção, pois estimulava a adoção individual de medidas de prevenção e propiciou a explicitação da suscetibilidade "coletiva", isto é, a noção de que todos são suscetíveis. Por outro lado, foi nesse período que se intensificou a atribuição de culpa àqueles que eram infectados e se acentuou a percepção dos limites das intervenções que encaminhavam para uma mudança de comportamento na dependência apenas de um dado conhecimento e do desejo de mudança. No final desse período começou a ficar mais evidente a ocorrência da síndrome nos grupos socialmente mais vulneráveis, como os pobres, as mulheres e os jovens.

Na última década, concretizaram-se avanços significativos na terapêutica e nos recursos para o diagnóstico da infecção e para deter sua evolução. No entanto, apesar dos benefícios dos novos instrumentos disponíveis para o controle da epidemia, este não foi alcançado. Por outro lado, propostas envolvendo intervenções de alcance social e estrutural foram fortalecidas e passaram a ser vistas como fundamentais para o alcance desse objetivo.

Em seus trabalhos, Mann e colaboradores (1993) passaram a utilizar o conceito de vulnerabilidade e a elaborar indicadores para avaliar o grau dessa vulnerabilidade à infecção e ao adoecimento pelo HIV, considerando três planos interdependentes de determinação. Com base nesses estudos, pode-se dizer que o conceito de vulnerabilidade busca avaliar a suscetibilidade de indivíduos ou grupos a um determinado agravo à saúde.

Na **vulnerabilidade individual**, considera-se o conhecimento acerca do agravo e a existência de comportamentos que oportunizam a ocorrência da infecção. Deve-se compreender que os comportamentos não são determinados apenas pela ação voluntária da pessoa, mas especialmente pela sua capacidade de incorporar, ou melhor, de aplicar o conhecimento que possui, transformando o comportamento que a torna suscetível ao agravo.

Orientam este grau de vulnerabilidade pressupostos de que:

- . qualquer pessoa é vulnerável ao HIV;
- . os meios que a pessoa dispõe para se proteger determinam sua vulnerabilidade;
- . quanto maior o amparo social e a assistência à saúde, menor será sua vulnerabilidade;
- . a vulnerabilidade é determinada por condições cognitivas (acesso à informação, reconhecimento da suscetibilidade e da eficácia das formas de prevenção), comportamentais (desejo e capacidade de modificar comportamentos que definem a suscetibilidade) e sociais (acesso a recursos e capacidade de adotar comportamentos de proteção).

Na **vulnerabilidade programática**, leva-se em conta o acesso aos serviços de saúde, a forma de organização desses serviços, o vínculo que os usuários dos serviços possuem com o profissional, as ações preconizadas para a prevenção e o controle do agravo e os recursos sociais existentes na área de abrangência do serviço de saúde.

Na **vulnerabilidade social**, avalia-se a dimensão social do adoecimento, utilizando-se indicadores capazes de revelar o perfil da população da área de abrangência no que se



refere ao acesso à informação (rádio e TV), gastos com serviços sociais e de saúde, acesso aos serviços de saúde, coeficiente de mortalidade de crianças menores de cinco anos, a situação da mulher, o índice de desenvolvimento humano e relação entre gastos com educação e saúde.

### **Avaliando a vulnerabilidade**

A avaliação da vulnerabilidade visa responder algumas questões:

Qual é a vulnerabilidade ao agravo do grupo social ? (descreva-a)

O que fazer para diminuir a vulnerabilidade das pessoas ao agravo? O que já foi realizado ?

Até que ponto a vulnerabilidade pode ser diminuída ?

Como diminuir essa vulnerabilidade através de atividades que provoquem mudanças nos serviços sociais e de saúde existentes na área de abrangência?

Como diminuir a vulnerabilidade através mediante de atividades que provoquem mudanças sociais no espaço geossocial do grupo ?

[Próxima Página](#) ▶



Copyright © 2001 IDS - Instituto para o Desenvolvimento da Saúde