

**FRANCINE RIBEIRO WALTRICK  
PRISCILLA SANTOS COSTA MERIZE**

**UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA CULTURAL –  
FOCALIZANDO A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.**

**FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 2002.**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**UMA PROPOSTA DE ASSISTÊNCIA DE  
ENFERMAGEM NA PERSPECTIVA CULTURAL –  
FOCALIZANDO A COMUNICAÇÃO EM SAÚDE.**

*Trabalho de Conclusão de Curso de Graduação em  
Enfermagem da UFSC, apresentado na Disciplina  
de Enfermagem Assistencial Aplicada.*

N.Cham. TCC UFSC ENF 0391

Autor: Waltrick, Francine

Título: Uma proposta de assistência de e



972496311 Ac. 241685

Ex.1 UFSC BSCCSM CCSM

**ACADÊMICAS:  
FRANCINE RIBEIRO WALTRICK  
PRISCILLA SANTOS COSTA MERIZE**

**ORIENTADORA:  
PROF<sup>a</sup>. MSC. ILCA L. KELLER ALONSO**

**SUPERVISORAS:  
ENFERMEIRA LUCIA PRIM  
ENFERMEIRA CARINA VELOSO DE LUCA  
ENFERMEIRA PATRÍCIA CONSUELO MÜLLER**

**BANCA EXAMINADORA:  
PROF<sup>a</sup>. MSC. ILCA L. KELLER ALONSO (PRESIDENTE)  
PROF. DR ANTONIO DE MIRANDA WOSNY (MEMBRO)  
ENFERMEIRA LUCIA PRIM (MEMBRO)  
ENFERMEIRA PATRÍCIA CONSUELO MÜLLER (MEMBRO)**

**FLORIANÓPOLIS, AGOSTO DE 2002**

CCSM

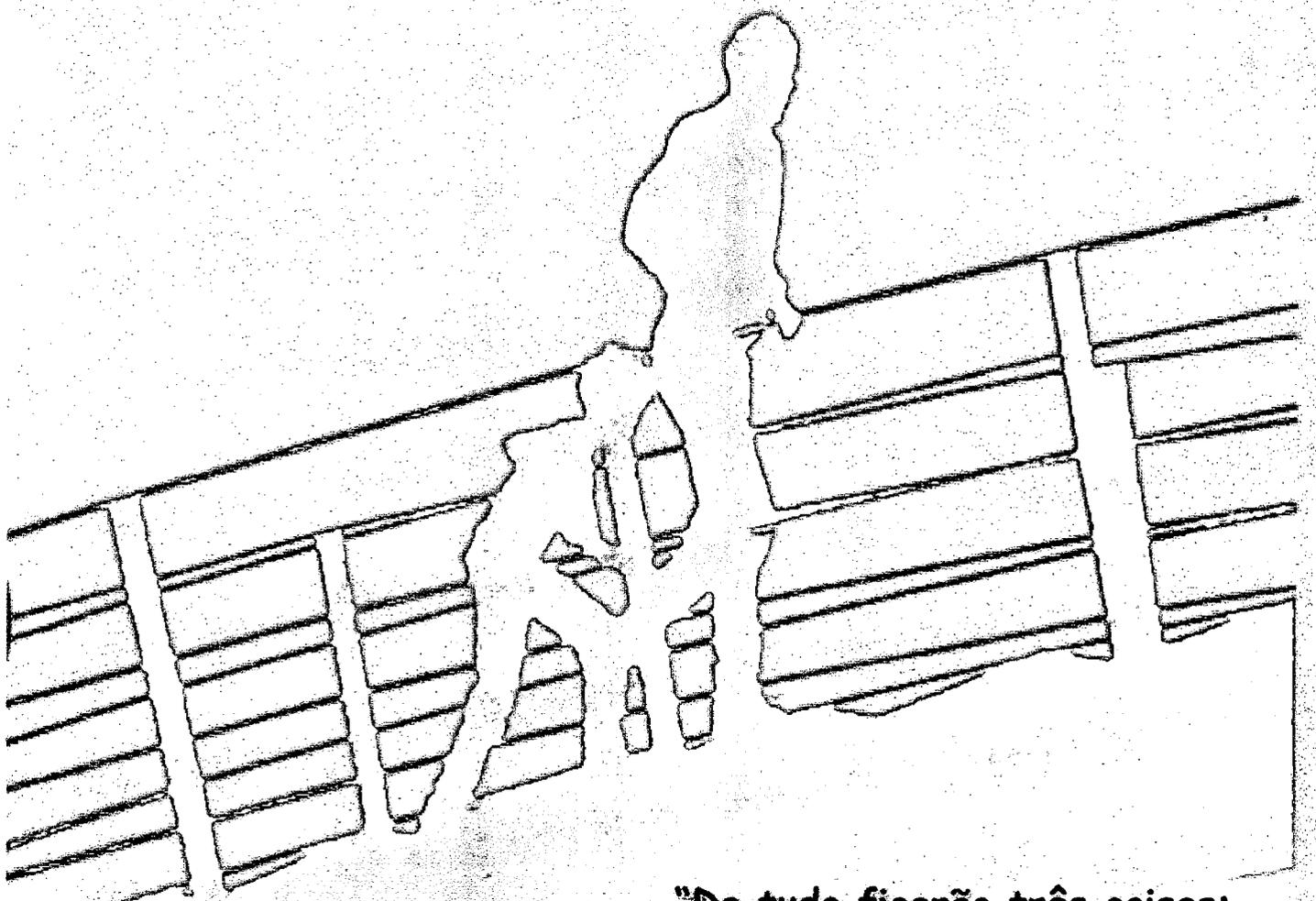
TCC

UFSC

ENF

0391

Ex.1



**"De tudo ficarão três coisas:  
A certeza de que estamos Começando,  
A certeza de que é preciso Continuar,  
A certeza de que podemos ser Interrompidos.  
Antes de terminar:  
Fazer da interrupção um Caminho Novo.  
Fazer da queda uma escada.  
Do sonho uma ponte.  
Da procura um encontro.  
E assim terá valido a pena existir".  
(Fernando Sabino)**

## **AGRADECIMENTOS**

**À DEUS** por estar presente em todos momentos de novas vidas;

**AOS NOSSOS PAIS** por oportunizar a nossa existência e termos dado forças para superarmos mais esse desafio;

**A TODOS OS NOSSOS FAMILIARES E AMIGOS** que de alguma forma contribuíram para o nosso crescimento, amadurecimento, dando-nos apoio, força, confiança, palavras de conforto, estímulo e carinho;

**AOS AMORES** por permanecerem sempre ao nosso lado; nos apoiando, ajudando e preocupando-se conosco em todos os momentos durante toda essa longa caminhada;

**A TODOS OS PROFESSORES** em especial a nossa orientadora, professora Ilca, que foi a pessoa a qual recorreremos em todos os momentos, nos dando informações preciosas para elaboração, prática e término deste trabalho;

**A NOSSAS SUPERVISORAS E A TODOS OS PROFISSIONAIS** que nos deram subsídios para a implementação do nosso trabalho e nos apoiaram nos momentos em que precisávamos;

**ÀS FAMÍLIAS** acompanhadas junto aos ACS, pela intensa receptividade e confiabilidade depositadas em nosso trabalho;

**À LUZIA** por ter sido "um anjo" em nossas vidas. A pessoa responsável por todo esse "show" de efeitos que foram mostrados aqui.

**AOS NOSSOS "GATINHOS"** pois sem os seus carinhos não conseguiríamos viver... ( Frida e Napoleão).

## RESUMO

O presente trabalho, tem como objetivo geral, prestar assistência de enfermagem no PSF/PACS, focalizando a comunicação em saúde. O estudo visou uma aproximação teórico-prática com o referencial da Dra Madeleine Leininger, onde o cuidado cultural atua como essência da assistência prestada pela equipe de enfermagem. A assistência prestada envolveu o conhecimento sobre o significado cultural de problema e necessidade em saúde para os agentes comunitários de saúde (ACS) e as famílias sob sua responsabilidade. Para a compreensão do processo de resolutividade dos problemas/necessidades de saúde identificadas pelos ACS, nas famílias, buscou-se acompanhar o fluxo e o processamento das informações em saúde, desde o domicílio até o nível central da Instituição (SMS). Constatou-se durante a prática assistencial a falta de sintonia na visão de significado de problema e necessidade de saúde entre as famílias e os ACS, interferindo no processo de comunicação, bem como de resolutividade dos problemas de saúde. Os problemas mais identificados pelos ACS, como marcadores de saúde, foram hipertensão e diabetes, no entanto questionou-se continuamente a confiabilidade dos dados coletados pelos ACS, junto às famílias, tanto por uma inadequação do processo de comunicação, como pela capacitação técnica dos ACS para detectar os reais problemas de saúde da família.

# SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	8
2 REVISÃO LITERÁRIA.....	10
2.1 Programa de Saúde da Família.....	10
2.2 Programa de Agentes Comunitários da Saúde.....	14
2.3 Patologias que se evidenciaram no trabalho dos ACS junto às famílias.....	17
2.3.1 Hipertensão.....	17
2.3.1.1 Fisiopatologia da hipertensão essencial.....	18
2.3.1.2 Manifestações clínicas.....	19
2.3.1.3 Tratamento.....	19
2.3.2 Diabetes Mellitus.....	22
2.3.2.1 Fisiologia.....	23
2.3.2.2 Classificação.....	23
2.3.2.3 Tratamento.....	26
2.3.2.4 Complicações Agudas do Diabetes.....	31
2.3.2.5 Complicações Crônicas do Diabetes.....	33
2.3.2.6 Problemas nas Pernas e Pés dos Diabéticos.....	34
2.4 Vigilância da Saúde.....	36
2.5 Comunicação e informação em saúde.....	38
2.7 Problemas de saúde.....	42
3 OBJETIVOS.....	44
3.1 Objetivo geral:.....	44
3.2 Objetivos específicos:.....	44
4 REFERENCIAL TEÓRICO.....	46
4.1 Marco Conceitual.....	46
4.2 Histórico da teórica:.....	47
4.3 Pressupostos Básicos da Teoria :.....	48
4.4 Pressupostos Pessoais:.....	49
4.5 Modelo do Sol Nascente:.....	49
4.6 Processo de Enfermagem:.....	52
4.7 Conceitos:.....	54
5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO.....	57

5.1 Breve história do bairro.....	57
5.2 Descrição do local de estágio.....	58
6 OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL.....	63
7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	89
8 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	96
ANEXOS.....	99
PARECER FINAL DA ORIENTADORA	

# 1 INTRODUÇÃO

Este é um Trabalho de Conclusão de Curso, que atende os requisitos da disciplina de Enfermagem Assistencial Aplicada, no Curso de Graduação de Enfermagem da UFSC e relata a prática assistencial de enfermagem desenvolvida no Estágio Curricular Supervisionado, em um total de 220 horas na Policlínica de Referência Regional no Bairro de Campinas em São José, SC.

O que motivou a escolha deste trabalho, foi a nossa expectativa pessoal, a busca de um aprofundamento teórico-prático, contextualizando a assistência de enfermagem nos diversos níveis do sistema de saúde, com foco na dinâmica e no fluxo da comunicação em saúde.

A prática assistencial, a seguir relatada, teve uma aproximação teórico-prática, com o referencial teórico da Dra Madeleine Leininger, focalizando o cuidado cultural, considerando que valores, crenças, significados e modo de vida aprendidos, transmitidos e padronizados, guiam e facilitam o indivíduo ou grupo a manter o bem-estar, enfrentar melhor a vida, doenças, incapacidades ou a morte.

A teoria Transcultural ultrapassa a tradicional interação enfermeiro-paciente, abrangendo cuidados que envolvem famílias, grupos, comunidades e instituições, numa perspectiva holística e cultural, estabelecendo assim, o cuidado cultural como a essência da atuação profissional da equipe de enfermagem.

O Modelo do Sol Nascente, proposto nesta teoria, serviu como um guia para este trabalho, oferecendo instrumentos teóricos para compreensão da prática a ser desenvolvida.

Quando se pensa em comunicação em saúde, na perspectiva do Modelo do Sol Nascente, compreende-se que a Enfermagem atua como mediadora entre o sistema popular e profissional (Enfermagem x família), objetivando um cuidado cultural holístico.

A temática central deste trabalho, buscou conhecer o significado cultural de problemas de saúde para as famílias atendidas no PSF na área de Campinas em São José, SC e também para os ACS que atuam junto delas. Com essa compreensão buscou-se acompanhar o fluxo das informações em saúde, através dos diferentes níveis de assistência, desde o domicílio das famílias até o nível central – Serviços de Saúde do Município. Acompanhando essa trajetória procurou-se compreender o processamento destas informações em cada um dos níveis por onde transitaram.

Nas situações assistenciais vinculadas nos domicílios, constatamos uma falta de sintonia entre a compreensão do significado de problemas e as necessidades de saúde, para as famílias e para os ACS no PSF/PACS, interferindo assim, no processo de comunicação (informações em saúde), nos diversos níveis de assistência e conseqüentemente na confiabilidade dos dados e no seu processo de resolutividade.

O objetivo geral dessa prática, foi prestar a assistência de Enfermagem no PSF/PACS, focalizando a comunicação em saúde, com uma proposta que contemple o significado dos problemas de informações em saúde.

## **2 REVISÃO LITERÁRIA**

### **2.1 Programa de Saúde da Família**

O desafio crucial que se coloca contemporaneamente para a saúde pública, no mundo ocidental, consiste em propor programas de intervenção “culturalmente sensíveis e adaptados ao contexto no qual vivem as populações às quais são destinados” (MASSÉ., 1995, apud TRAD; BASTOS, 1998, p.2).

O Ministério da Saúde criou, em 1994, o Programa Saúde da Família (PSF), onde seu principal propósito é o de reorganizar a prática de atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e com isso, melhorar a qualidade de vida dos brasileiros.

A estratégia do PSF, prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na Unidade Básica de Saúde ou no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, técnicos de enfermagem, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde), que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada, criam vínculos de co-responsabilidade, o que facilita a identificação e o atendimento aos problemas de saúde da comunidade. Diante dos resultados já alcançados, o Ministério da Saúde está estimulando a ampliação do número de equipes de Saúde da Família no Brasil.

A gestão gerencial dos Sistemas Locais de Saúde (SILOS) tem a necessidade eminente, antes da implantação de Equipes de PSF, de reorientar e adequar sua estrutura e funcionamento técnico - gerencial em consideração às seguintes recomendações:

- dispor de Conselho Municipal de Saúde efetivo e atuante, aproveitando a vontade política para definir a responsabilidade de outros setores na solução dos problemas de saúde da população;
- outorgar prioridades às ações voltadas à prevenção da doença e promoção da saúde, estimulando a educação sanitária popular e a participação comunitária;
- articulação dos serviços do nível primário com os serviços dos níveis secundário e terciário, garantindo uma verdadeira continuidade da atenção e acesso da população aos distintos níveis de complexidade do setor saúde;
- direcionamento das ações de saúde com uma ótica integral envolvendo os elementos indivíduo – família - comunidade no processo saúde - doença;
- estilo de trabalho técnico e gerencial dos serviços de saúde tem que adquirir a técnica e metodologia do Trabalho em Equipe, como uma necessidade atual para a elevação da Eficiência e Eficácia no processo de desempenho individual e coletivo das funções de trabalho;
- a implementação do Sistema de Informação e Atenção Básica (SIAB), garantindo fidelidade e agilidade do fluxo de informação, o que permitirá a tomada de decisões certas e oportunas.

O SIAB, produz relatórios que visam auxiliar as próprias equipes, as unidades básicas de saúde às quais estão ligadas e os gestores municipais a acompanharem o trabalho e avaliarem a sua qualidade. Os relatórios que o SIAB emite, visam um maior conhecimento da realidade sócio - sanitária da população acompanhada e a avaliação da adequação dos serviços de saúde. Este sistema é idealizado para processar as informações que são recolhidas em fichas de cadastro e acompanhamento, analisados a partir dos relatórios de consolidação de dados.

A estratégia do PSF incorpora e reafirma os princípios básicos do Sistema Único de Saúde (SUS), ou sejam, universalização, descentralização, integralidade e participação da comunidade, e está estruturada a partir da Unidade Básica de Saúde da Família, que trabalha com base nos seus princípios:

- Caráter Substitutivo: O PSF não significa criação de novas unidades de saúde , exceto em áreas totalmente desprovidas das mesmas.

- Integralidade e Hierarquização: A unidade de Saúde da Família está inserida no primeiro nível de ações e serviços do sistema local de assistência, denominado atenção básica. Deve estar vinculado à rede de serviços, de forma que se garanta atenção integral aos indivíduos e família que sejam asseguradas a referência e a contra - referência para clínicas e serviços de maior complexidade, sempre que o estado de saúde da pessoa assim exigir.
- Territorialização e Cadastramento da Clientela: A Unidade de Saúde da Família com o território de abrangência definido é o responsável pelo cadastramento e o acompanhamento da população vinculada (adscrita) a esta área . Recomenda-se que uma equipe seja responsável por, no máximo, 4500 pessoas.
- Equipe Multiprofissional: Cada equipe do PSF é composta, no mínimo por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) e para cada duas equipes; um cirurgião dentista, um atendente de consultório dentário e um técnico em higiene dental. Outros profissionais, a exemplo de, assistentes sociais e psicólogos, poderão ser incorporados às equipes ou formar equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar, com uma ou mais equipes, dependendo da concentração da famílias, no território sob sua responsabilidade.

O programa de Saúde da Família (Secretaria Estadual da Saúde, 1998) como estratégia estruturante da atenção primária de saúde, visa a prevenção de doenças e promoção de saúde e a participação comunitária e social, o que potencializa o desenvolvimento do Sistema Único de Saúde (SUS) por sua elevada eficácia e resolutividade e o impacto que produz nos indicadores de saúde da população, além da mudança positiva nos hábitos que condicionam o estilo e modo de vida da comunidade.

A *eficácia* nos permite avaliar se os problemas são difíceis ou possíveis de solucionar. Ex: As soluções eficazes de problemas identificados, são aquelas que, depois de sua avaliação se mostrarão capazes de prevenir ou controlar, tais problemas.

A *resolutividade* é a exigência de que, quando um indivíduo busca o atendimento ou quando surge um problema de impacto coletivo sobre a saúde, o serviço correspondente esteja capacitado para enfrentá-lo e resolvê-lo até o nível de sua competência.

Quanto ao *Impacto* dos indicadores de saúde na população, entende-se por um impacto, um choque produzido na população, como por exemplo; redução/elevação nas taxas de mortalidade/morbidade, ou também, redução/elevação, na ocorrência dos eventos marcadores do sistema de avaliação do programa.

Segundo Pereira (1995), os *Indicadores de Saúde* tratam de qualificar a saúde e a doença na população. Pelo fato de informarem a situação existente, eles permitem comparações individuais ou populacionais, de modo a subsidiar a tomada das decisões racionais, sobre ações e aplicações em Saúde Pública. Além da característica diagnóstica, os indicadores também apresentam caráter prognóstico, pois permitem presumir o que é provável de suceder no futuro – e mesmo constatar as mudanças que realmente acontecem com o passar do tempo.

A estratégia do PSF foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras equipes de Saúde da Família, incorporando e ampliando a atuação dos agentes comunitários (cada equipe do PSF tem de quatro a seis ACS; este número varia de acordo com o tamanho do grupo sob a responsabilidade da equipe, numa proporção média de um agente para 575 pessoas acompanhadas).

Funcionando adequadamente, segundo o Ministério da Saúde, as unidades básicas do programa são capazes de resolver 85% dos problemas de saúde em sua comunidade, prestando um atendimento de bom nível, prevenindo doenças, evitando internações desnecessárias e melhorando a qualidade de vida da população.

De acordo com Elsen, Althoff, Manfrini (2001, p. 91)

O PSF é visto como um conjunto articulado de princípios, crenças, objetivos, práticas e saberes. Ao se considerar princípio como aquilo que governa ações, constata-se que o PSF está integrado aos princípios do Sistema Único de Saúde. Eles visam a equidade, a democratização do acesso, a assistência para todos de maneira integral, equânime, contínua e resolutiva em todos os níveis de complexidade. Dessa maneira, o programa objetiva substituir as práticas tradicionais, possibilitar regionalização e hierarquização do atendimento e desenvolver um trabalho voltado para a realidade dos grupos sociais. Com isso busca-se uma integração entre a família, a comunidade e o sistema de saúde para a identificação dos fatores de riscos e a manutenção da vigilância epidemiológica com a finalidade de oferecer melhores condições e qualidade de vida. Com base nos princípios e crenças, as práticas são estimuladas para serem desenvolvidas por uma equipe multiprofissional para trabalhar em território definido. Essa prática caracteriza-se pela entrada dos profissionais nos domicílios das famílias. É uma prática com inserção na comunidade, buscando formar vínculos de compromisso, responsabilidade compartilhadas e desenvolvimento de parceria com a população (p. 91).

No ambiente doméstico as práticas de cuidados à saúde, tendem a conferir um papel ativo às famílias, particularmente, as mães, no que tange à organização do processo de cuidar da saúde, na busca e utilização das práticas alternativas, com uma tendência a dispensar, a priori, os recursos assistenciais oficiais do sistema de saúde, por suas características de ineficácia e inacessibilidade (TRAD, BASTOS, 1998).

Supõe-se que o PSF represente uma mudança no paradigma assistencial, passando de um eixo curativo para o preventivo, da ação monosetorial para a intersetorial, da exclusão para a universalidade (p.7). A expectativa é que o PSF possa funcionar como uma alavanca na transformação do modelo assistencial vigente no Brasil. É imprescindível que não simplifique um objeto tão complexo como a família no momento de definir e avaliar as práticas de saúde. É necessário perguntar de que família falamos, enfatizando o desenvolvimento de análises sobre práticas culturais e representações sobre saúde-doença no âmbito da família, e de seu próprio modo de vida. Propõe-se um enfoque estratégico à família, concebendo-a, como propõe Saraceno (1990) “enquanto um sujeito dinâmico e não meramente reativo, sendo parte de uma rede de reações de interdependência e ultrapassando os limites de uma abordagem linear ( p. 8-9).

## **2.2 Programa de Agentes Comunitários da Saúde**

O PACS é um programa criado pelo Ministério da Saúde, em 1991, que vem sendo desenvolvido em parceria com as Secretarias Estaduais e as Secretarias Municipais de Saúde. O objetivo é fazer com que as pessoas da comunidade se previnam de doenças, a partir de informações sobre cuidados de saúde e que tenham sua saúde acompanhada, de forma permanente, pelos Agentes Comunitários da Saúde.

Dentre as atividades diárias desenvolvidas pelos agentes, as ações educativas tomam um lugar central na promoção da saúde da comunidade. À enfermeira da equipe cabe o treinamento e o acompanhamento de tais ações, auxiliando os agentes a identificarem as necessidades e questionamentos da família, ao mesmo tempo que ajuda os agentes a identificarem as dificuldades expressadas frente a tais questionamentos.

O PACS é considerado uma estratégia transitória para o PSF, a medida que os municípios vão instalando as unidades de Saúde da Família, são incorporados aos agentes comunitários já existentes às suas equipes.

O agente de saúde sendo uma pessoa da própria comunidade e portanto identificado com os valores e costumes, passou a contribuir significativamente no resgate e na valorização do saber popular. É parte de suas ações, realizar o acompanhamento de hipertensos, diabéticos, hansenianos, acompanhamento mensal das gestantes ( peso,

idade gestacional, vacinas, exames realizados, orientação para consulta mensal, palestra e incentivo do aleitamento materno), acompanhamento mensal do crescimento desenvolvimento da criança de zero a cinco anos (vacinas, puericultura, controle de diarreias e infecções respiratórias) (FIGUEIREDO; MONTICELLI. s/d, p.2)

De acordo com Brasil (2002), o ACS, é um elo de ligação (uma ponte), entre a comunidade e os serviços de saúde, ajudando as pessoas a encontrar soluções mais eficazes para os seus problemas. Assim, o agente comunitário de saúde ajuda as pessoas e os serviços da saúde:

- identificando área e situações de risco individual e coletivo;
- encaminhando as pessoas doentes às unidades de saúde;
- orientando a promoção e a proteção de saúde;
- acompanhando o tratamento e reabilitação das pessoas doentes, orientadas pelas Unidades de Saúde;
- mobilizando a comunidade para a conquista de ambientes e condições favoráveis à saúde;
- notificando aos serviços de saúde as doenças que necessitam de vigilância.

O ACS exerce muitas funções, como a de promover e defender a saúde, de mobilizador da comunidade e de vigilante da saúde. As principais atividades realizadas pelos ACS são:

- cadastramento das famílias de sua área de trabalho;
- mapeamento da sua área de trabalho;
- análise, com a equipe de saúde das necessidades da sua comunidade, participando do diagnóstico de saúde da comunidade;
- atuação, junto com os serviços de saúde, nas ações de controle das doenças endêmicas (Cólera, Dengue, Doença de Chagas, Esquistossomose, Febre Amarela e outras);
- atuação, junto com os serviços da saúde, nas ações de promoção e proteção da saúde da criança, da mulher, do adolescente, do idoso e dos portadores de deficiência física e de deficiência mental;
- atuação junto com serviços de saúde, nas ações de promoção de saúde e prevenção do Câncer de Mama e Câncer do Colo Uterino, da Hipertensão e do Diabetes, da Tuberculose e da Hanseníase;

- participação nas ações de saneamento básico e melhoria do meio ambiente;
- estimulação da educação e da participação comunitária.

O ACS, está vinculado a Coordenação Municipal do PACS - Coordenação Regional do PACS - Coordenação Estadual do PACS - Departamento de Atenção Primária, estando sob a coordenação do enfermeiro da equipe local do PSF.

O trabalho do ACS, deverá se embasar na Ação – Reflexão - Ação, pois pode ajudar a engajar a comunidade na transformação da qualidade de vida de cada pessoa, do meio ambiente e de toda a comunidade.

O trabalho do Agente Comunitário de Saúde é um trabalho de construção. O agente comunitário de saúde também precisa de algumas ferramentas, que são chamadas de instrumentos de trabalho. Os instrumentos mais utilizados são; a entrevista, a visita domiciliar, o cadastramento das famílias, o mapeamento da comunidade e as reuniões comunitárias; esses instrumentos ajudam o agente comunitário de saúde a conhecer melhor as necessidades das pessoas de sua comunidade, também de encontrar maneiras de resolver os problemas. Para conhecer a comunidade, o ACS, vai precisar reunir informações sobre a comunidade e identificar os principais problemas de saúde.

Como acreditam Tulio, Stefanelli, Centa (2000), a visita domiciliar, permite aproximar a equipe de saúde da comunidade, propiciando-lhe um acompanhamento mais particularizado das famílias. A visita domiciliar é fator essencial do processo de vigilância à saúde e interação entre a equipe e a comunidade; esta estratégia permite ao profissional criar um relacionamento afetivo com a comunidade envolvida, pois ele está adentrando em sua intimidade e interagindo, ou seja, mantendo um relacionamento interpessoal, que permite obter dados mais fidedignos sobre a saúde das famílias, estabelecendo confiança entre os membros da equipe de saúde e os da família. Serve também, para que os profissionais entendam o significado de cada do momento vivido, quanto maior o relacionamento e o envolvimento, maior será a interação família x profissional.

É necessário respeitar e considerar as diferentes realidades, crenças, experiências, vivências e culturas das famílias. Ao adentrar a casa e a privacidade das famílias, precisa saber interagir com as mesmas, considerando suas histórias de vida, seus sentimentos e emoções. Nem sempre a aceitação e a participação das famílias são expressas de imediato, mas surgem progressivamente, motivando os profissionais, apesar dos obstáculos (TULIO, STEFANELLI e CENTA, 2000).

## 2.3 Patologias que se evidenciaram no trabalho dos ACS junto às famílias

### 2.3.1 Hipertensão

Segundo Smeltzer & Bare (1999 a), a hipertensão é definida quando o nível de pressão sistólica se encontra acima de 140 mmHg e a pressão diastólica acima de 90 mmHg. Com os idosos, a hipertensão é definida como pressão sistólica acima de 160 mmHg e pressão diastólica acima de 90 mmHg.

Segundo a Associação Paulista de Assistência ao Hipertenso (s/d), ela é tida com “Inimiga Silenciosa”, pois aumenta o risco de indivíduo ter um infarto do miocárdio, acidente vascular cerebral (derrame), insuficiência cardíaca, insuficiência renal e comprometimento da visão por lesões na retina.

Segundo Smeltzer & Bare (1999 a), aproximadamente 20% da população adulta desenvolve hipertensão essencial (primária), esse tipo de hipertensão não tem uma causa identificável. A outra parte da população afetada, desenvolve elevações de pressão arterial decorrentes de uma causa específica (hipertensão secundária), como estreitamento das artérias renais ou doença do parênquima renal, certos medicamentos, disfunções orgânicas, tumores e gravidez.

Para essas autoras, a hipertensão traz consigo um aumento no risco de morbidade e mortalidade prematuras, que sobem a partir de variações nas pressões sistólicas e diastólicas.

A hipertensão primária surge através de um processo intermitente nos indivíduos que se encontram na faixa etária dos 30 aos 50 anos; podendo surgir de modo abrupto e grave, com evolução maligna, acarretando conseqüências sérias ao paciente.

De acordo com o Brasil (s/a), a hipertensão afeta qualquer idade, só que é mais comum nos adultos e idosos. Sabemos que:

- É maior na raça negra;
- É maior em homens até 50 anos;
- É maior em mulheres acima dos 50 anos;
- É maior em diabéticos;

- É principalmente, é maior em pessoas que já tiveram casos na família.

Os sintomas mais comuns são: dor de cabeça, palpitações, calor pelo corpo, sangue pelo nariz, alteração na visão, tonturas, náuseas, sensação de abafamento e falta de ar.

Segundo Smeltzer & Bare (1999 a), quando a pressão arterial fica elevada por muito tempo, geralmente lesa os vasos sanguíneos em todas as partes do corpo, principalmente nos olhos, coração, rins e cérebro. Com isso, as conseqüências mais comuns de uma hipertensão prolongada e não-controlada são: insuficiência visual, oclusão coronária, insuficiência renal e acidentes vasculares cerebrais. O coração aumenta de tamanho quando é forçado a aumentar a sua carga de trabalho para bombear todo o sangue do corpo.

### ***2.3.1.1 Fisiopatologia da hipertensão essencial***

De acordo com Smeltzer & Bare (1999 a), na medula cerebral, situa-se o centro vasomotor, cuja função é controlar a constrição e o relaxamento dos vasos sanguíneos. Deste centro vasomotor, partem feixes nervosos simpáticos que percorrem a medula espinhal desembocando nos gânglios simpáticos do tórax e abdome. Os impulsos motores que percorrem o sistema nervoso simpático até os gânglios simpáticos são estimulados no centro vasomotor. A constrição dos vasos ocorre quando os neurônios pré-ganglionares liberam acetilcolina, que estimula as fibras nervosas pós-ganglionares nos vasos sanguíneos para a liberação da noradrenalina. Pessoas que apresentam ansiedade e medo, podem afetar a resposta dos vasos sanguíneos, ocasionando a constrição dos mesmos. As pessoas com hipertensão são geralmente muito sensíveis a noradrenalina, mais ainda não se conhece o mecanismo que desencadeia isto.

A glândula adrenal também é estimulada simultaneamente quando o sistema nervoso simpático estimula os vasos sanguíneos em resposta a estímulos emocionais. Na glândula, o estímulo resulta em atividade vasoconstritiva adicional. A vasoconstrição ocorre, pois a medula adrenal secreta a adrenalina. Os vasos sanguíneos também podem sofrer constrição quando o córtex adrenal secreta cortisol e outros esteróides. A renina é liberada devido ao fluxo de sangue diminuído a nível renal, causado pela vasoconstrição dos vasos sanguíneos. A renina forma a angiotensina I, a qual se converte em angiotensinogênio II, um poderoso vasoconstritor, que, por sua vez, estimula a secreção de aldosterona pelo córtex adrenal. Esse

hormônio causa um aumento do volume intravascular, pela retenção de sódio e água nos túbulos renais.

Com a idade, é comum ocorrer um aumento na pressão arterial, esse aumento acontece devido há alterações a nível estrutural e funcional no sistema vascular periférico. Alterações essas que incluem aterosclerose, perda da elasticidade do tecido conjuntivo e uma diminuição no relaxamento do músculo liso vascular, ocasionando redução na capacidade de distensão e compressão dos vasos. Com isso, a aorta e as grandes artérias ficam com a capacidade de acomodar o volume de sangue bombeado pelo coração, diminuída, trazendo consigo uma diminuição do débito cardíaco e num aumento da resistência periférica.

### ***2.3.1.2 Manifestações clínicas***

Segundo Smeltzer & Bare (1999 a), quando realizado exame físico, normalmente a única anormalidade encontrada é o nível elevado nos valores da pressão arterial; porém, também podem ser observados alterações na retina, como hemorragias, acúmulo de líquido, estreitamento de arteríolas ou edemas no disco óptico.

As pessoas podem ter hipertensão, sem manifestarem sintomas por muitos anos. Quando aparecem, geralmente afetam os vasos dos órgãos envolvidos. A angina é a seqüela mais comum das doenças coronarianas que atinge os hipertensos. A insuficiência cardíaca vem em consequência a sobrecarga de trabalho realizado pelo coração. As alterações nos rins, podem aparecer e se tornar sintomas quando provocam nictúria (micção aumentada durante a noite) e azotemia (aumento da uréia e creatinina séricas). O cérebro pode também ser afetado; apenas de um lado hemiplegia ou desencadear em alterações na visão. Os infartos cerebrais são responsáveis por 80% dos acidentes vasculares cerebrais e ataques isquêmicos nas pessoas hipertensas.

### ***2.3.1.3 Tratamento***

De acordo com Amodeo, (s/d), o tratamento da hipertensão, pode ser feito com medicamentos ou não, isso depende dos níveis da pressão arterial, do comprometimento ou não de determinados órgãos com olhos, rins, coração, cérebro e da presença de outras

doenças. A modificação no estilo de vida pode ser a peça chave para um controle adequado e um tratamento ideal.

- Essas modificações compreendem as seguintes atitudes:
- Consumir menor quantidade de sal nos alimentos;
- Abandonar o vício de fumar;
- Manter o peso corporal compatível com a altura;
- Realizar exercícios físicos regularmente (caminhadas longas, ciclismo, natação);
- Ingerir pouca ou nenhuma gordura;
- Não consumir bebidas alcoólicas;

**Sal:** Sabe-se que existe uma relação entre o aumento da pressão arterial com o consumo abusivo de sal. A questão cultural fica bem evidente, pois desde a vida intra-uterina, começamos a aprender a nos alimentar com muito sal. Portanto é importante começar uma reeducação aos poucos. Se a retirada for total, mais tarde a pessoa acabará abandonando a restrição, ou seja, voltará a comer como aprendeu.

**Gorduras:** O aumento de colesterol e triglicerídios (são dois tipos de gorduras encontrados no sangue que, quando aumentados podem produzir doenças cardiovasculares), está relacionado com maior dificuldade de controle da pressão arterial. Os medicamentos que controlam a pressão alta não conseguem atuar completamente nos vasos sanguíneos e queimar o excesso de gordura, ocasionando um aumento nos níveis de colesterol e triglicerídios. O controle adequado sobre esses níveis, diminuem o risco cardiovascular e tem efeito favorável sobre o controle da pressão arterial.

**Alimentos a serem evitados:** enlatados, presunto, salame, mortadela, salsicha, lingüiça, carne de sol, chocolate e chá- mate, maionese e frituras.

**Álcool:** O baixo consumo de álcool pode até contribuir para uma queda nos níveis da pressão arterial, porém, quando ingerido em grandes quantidades prejudicam, podendo elevá-la e dificultar o seu controle adequado.

Baixo consumo de álcool entende-se como uma taça de vinho, ou uma dose de uísque, ou meia garrafa de cerveja. Mais do que essa quantidade diária irá definitivamente influenciar de forma desfavorável o controle da pressão arterial.

O melhor é não consumir álcool. Assim, além de evitar o problema de dependência, estamos evitando também os efeitos deletérios que determinadas substâncias presentes no álcool causam no organismo.

**Fumo:** O cigarro afeta a pressão de maneira diferente. Altera, aumentando a variabilidade da pressão arterial, e isso afeta diretamente os tecidos que ficam na porção interna dos vasos sanguíneos. A consequência maior, seria o rompimento e entrada de gorduras e obstrução dos vasos, além dos efeitos cancerígenos, provoca aumento da incidência de doenças do coração.

**Peso:** Existe uma relação de perdas e ganhos entre peso e pressão arterial: “Ganho de peso aumenta a pressão, diminuição de peso reduz a pressão” Hoje existem variados tipos de obesidade. Temos dois casos mais frequentes que acabam desencadeando alteração na pressão arterial, são eles: a obesidade longa vida e a obesidade do adulto. A obesidade do adulto está geralmente relacionada com o tipo de obesidade andróide, (com predominância de tecido adiposo na região abdominal). É justamente ela que se relaciona mais com o risco de doenças cardiovasculares.

**Exercícios:** Fazendo algum tipo de exercício regularmente geralmente há uma redução na pressão arterial. Sempre é importante procurar um médico antes de iniciar qualquer tipo de atividade física, pois o mesmo fará uma avaliação do estado na qual você se encontra e se é adequado que você realize determinados exercícios. O mesmo deverá ser do tipo aeróbico (como caminhar, correr, nadar ou andar de bicicleta) e a frequência de no mínimo três vezes por semana, com duração de 45 minutos por vez.

**Obesidade:** A pressão fica aumentada quando a pessoa se encontra acima do seu peso normal, por que acaba sobrecarregando o trabalho do coração. Para diminuir o seu peso, nada melhor do que cuidar da alimentação incluindo frutas e verduras no seu dia a dia, evitando alimentos gordurosos e praticando exercícios físicos.

**Estresse:** Tente levar uma vida saudável; evite o fumo, o álcool, o excesso de açúcar e principalmente o estresse. Procure não levar os problemas muito a sério e não se irritar a toa, com isso estará colaborando para manter os seus níveis de pressão arterial nos padrões normais. Diversão é importante: reserve um tempo para fazer o que gosta ou estar com os amigos. Além de ficar mais feliz, também estará cuidando do seu coração.

**Diabetes:** Quem é diabético também tem maiores chances de ser hipertenso, portanto, o controle da diabetes e da dieta deve ser rigoroso para que com isso consiga controlar dois problemas de uma só vez.

**Monitorização:** Procure sempre um centro de saúde mais próximo para manter o controle da pressão arterial em dia. Caso não tenha uma unidade de saúde próxima de você, procure uma farmácia ou até mesmo um hospital; porém não deixe para procurar somente quando os sintomas aparecerem, pois talvez seja difícil revertê-los. O bom controle e cuidado só depende de você.

### 2.3.2 Diabetes Mellitus

“O diabetes mellitus é um problema de saúde universal, afetando populações de países em todos os estágios de desenvolvimento. Nas últimas décadas, sua importância vem crescendo em decorrência de vários fatores, tais como maior taxa de urbanização, aumento da esperança de vida, industrialização, sedentarismo, obesidade, dietas hipercalóricas e ricas em açúcares, etc” (BRASIL, 1992, p.5).

Segundo Smeltzer e Bare (1999 b), o *diabetes mellitus* é um grupo de distúrbio heterogêneos caracterizado por níveis elevados de glicose no sangue, ou hiperglicemia. Normalmente certa quantidade de glicose circula no sangue. Esta glicose é formada no fígado a partir de alimentos ingeridos, a *insulina* é um hormônio produzido pelo pâncreas, controla o nível de glicose no sangue regulando a produção e armazenamento de glicose.

No diabetes, a capacidade do corpo em responder à insulina pode diminuir ou o pâncreas pode parar totalmente de produzir insulina, levando a hiperglicemia, que resulta em complicações metabólicas agudas tais como, cetoacidose e síndrome de hiperglicemia hiperosmolar não – cetótica (HHNC). A hiperglicemia a longo prazo pode contribuir para complicações microvasculares crônicas (doenças renais e oculares) e complicações neuropáticas (doenças nervosas). O diabetes também está associado a um aumento de ocorrência de doenças macrovasculares, incluindo infarto do miocárdio, derrames e doença vascular periférica.

A partir de sintomas clássicos, como perda de peso, polidipsia, poliúria e polifagia, o diabetes já é suspeitado, podendo sentir outros sintomas, como, desânimo, sonolência, dificuldades visuais, dormência, câibras, sensação de pernas pesadas e doloridas.

A idade, a história familiar, a obesidade, o sedentarismo, hábitos alimentares, desnutrição, trauma emocional, gravidez, são alguns dos possíveis fatores de risco para o desenvolvimento do diabetes.

O modo mais prático de diagnosticar o diabetes em pacientes sintomáticos é a partir da glicemia de jejum ( 6 a 8 horas). Para alguém que não sofre de diabetes, o nível glicêmico antes de comer é de 70 a 115 mg/dl. Níveis de glicose plasmática em jejum acima de 140mg/dl ou níveis aleatórios de glicose plasmática acima de 200mg/dl em mais de uma ocasião são diagnósticos de diabetes. Se os níveis de glicose em jejum forem normais ou quase normais, o diagnóstico deve ser baseado em um teste de tolerância à glicose.

### **2.3.2.1 Fisiologia**

Conforme Smeltzer e Bare (1999 b), a insulina é secretada pelas células beta, uma dos quatro tipo de células nas ilhotas de Langerhans do pâncreas, sendo a insulina um hormônio anabólico ou de reserva. Assim quando uma refeição é ingerida. Há uma secreção de insulina aumentada, movendo a glicose do sangue para os músculos, fígado e células gordurosas. Nestas células a insulina estimula a reserva de glicose no fígado e músculos (sob a forma de glicogênio), aumenta a reserva de gordura dietética no tecido adiposo e acelera o transporte de aminoácidos (derivados de proteínas da dieta) para as células.

A insulina também inibe a degradação da glicose de reserva, proteínas e gordura.

No período de “jejum”, entre as refeições e durante a noite, o pâncreas libera continuamente uma quantidade de insulina junto com outro hormônio pancreático: o *glucagon* (que é excretado pelas células alfa das ilhotas de Langerhans), juntos eles mantêm um nível constante de glicose no sangue, estimulando a liberação de glicose pelo fígado.

No início, o fígado produz glicose, pela degradação de glicogênio (**glicogenólise**), após 8 a 12 horas sem alimento, o fígado a partir da degradação de substâncias não-carboidratos e aminoácidos, forma a glicose (**gliconeogênese**).

### **2.3.2.2 Classificação**

a) *Diabetes Tipo I – Diabetes Mellitus insulino – dependente (DMID):*

Conforme Smeltzer e Bare (1999 b), aproximadamente 5 a 10% das pessoas com diabetes, têm o diabetes tipo II, onde as células beta do pâncreas que produzem insulina são destruídas por um processo auto-imune, , assim são necessárias injeções de insulina para os níveis de glicose no sangue sejam controlados. O diabetes tipo I caracteriza-se por um início súbito, sendo que geralmente antes dos 30 anos de idade.

A hiperglicemia de jejum, surge como resultado de uma produção não controlada de glicose pelo fígado,, permanecendo na corrente sanguínea e contribuindo para a hiperglicemia pós- prandial ( após as refeições).

Quando a concentração de glicose no sangue é muito alta, os podem não absorver toda a glicose filtrada, aparecendo então a glicose na urina (**glicosúria**). Quando há um excesso de glicose excretado na urina, há uma perda excessiva de líquidos e eletrólitos, isso é chamado de **diurese osmótica**. Como consequência surge a **poliúria** (aumento de urina) e **polidipsia** (aumento de sede).

A deficiência da insulina, também prejudica o metabolismo de gorduras e proteínas, ocorrendo uma perda de peso, podendo ter o paciente um aumento de apetite (**polifagia**), devido à diminuída reserva de calorias. Incluem também fadiga e fraqueza como sintomas.

A insulina controla geralmente a glicocogenólise (degradação de glicose de reserva) e a gliconeogênese (produção de nova glicose a partir de aminoácidos e outras substâncias) em pacientes com deficiência da insulina, mas tais processos ocorrem sem o devido controle, contribuindo para uma hiperglicemia. Ocorre também degradação de gordura, tendo como resultado um aumento de produção de corpos cetônicos, estes são ácidos que perturbam o equilíbrio ácido-básico do corpo quando se acumulam em grande quantidade.

#### *Diabetes Tipo II – Diabetes Mellitus insulino – independente (DMII)*

Das pessoas que tem diabetes, aproximadamente, 90 a 95%, possuem o diabetes do tipo II, esse resulta de uma resistência à insulina, inicialmente é tratado com dieta e exercícios. Se persistirem níveis elevados de glicose, é incluído junto as dietas e os exercícios, os hipoglicemiantes orais,. Se não controlar a glicemia, são necessárias, injeções de insulina.

O diabetes tipo II, ocorre mais frequentemente em pessoas com mais de 30 anos e obesas. Como o diabetes tipo II está associado a uma intolerância à glicose lenta e progressiva (de muitos anos), o início do diabetes tipo II, pode não ser detectado por muitos anos. Se

houver sintomas, estes, costumam ser brandos e podem incluir fadiga, irritabilidade, poliúria, polidipsia, feridas na pele com pouca cicatrização, infecções vaginais ou visão turva (se os níveis de glicose forem muito altos).

Para a maioria dos pacientes, o diagnóstico de diabetes é detectado por acaso (quando são feitos exames rotineiros de laboratório). Uma consequência do diabetes não detectado por muitos anos, é que as complicações do diabetes (por exemplo, doença ocular, neuropatia periférica, doença vascular periférica), podem ter se desenvolvido antes que o diagnóstico real seja feito.

Já que a resistência à insulina é associado à obesidade, o primeiro passo para o tratamento *é a perda de peso*, os exercícios físicos também são importantes para aumentar a efetividade da insulina. Mas se os exercícios e a dieta não diminuïrem os níveis glicêmicos no sangue, é adicionado a estes, os agentes orais: hipoglicemiantes orais. Se o uso destes agentes hipoglicêmicos falhar em reduzir a glicose a níveis satisfatórios, é usada a insulina.

As complicações do diabetes podem ocorrer em qualquer pessoa com diabetes tipo I e II, e não apenas em pacientes que aplicam a insulina.

No diabetes tipo II, há dois problemas principais relacionados a insulina: a resistência à insulina, e a secreção prejudicada da insulina.

#### *b) Diabetes Mellitus associado a outras condições ou síndrome*

Quando evolui de outras situações clínicas que afetam o quadro glicêmico: doenças pancreáticas, anomalias hormonais, drogas tais como ; glicocorticóide e preparações contendo estrogênio. Dependendo da capacidade do pâncreas em produzir insulina, o paciente pode precisar de tratamento com agentes orais ou insulina.

#### *c) Diabetes Gestacional*

Este diabetes ocorre em mulheres que não tinham diabetes antes da gestação, desenvolvendo hiperglicemia durante a gestação, devido a secreção de hormônios placentários. Assim todas as mulheres grávidas devem ser triadas quanto ao diabetes antes da 24º e 27º semana de gestação. O tratamento inclui modificações dietéticas e monitoramento da glicose. Caso a hiperglicemia persistir, é prescrito insulina, mas durante a gestação não pode ser usado os hipoglicemiantes orais.

As metas para a glicose sanguínea durante a gravidez são de 70 a 100mg/dl, antes das refeições, e menos de 165mg/dl, duas horas após as refeições.

Após o parto, os níveis de glicose sanguínea na mulher com diabetes gestacional, retorna ao normal. Entretanto muitas mulheres que tiveram o diabetes gestacional, desenvolvem diabetes do tipo II, mais tarde na vida.

Portanto as mulheres devem ser aconselhadas a manter seu peso corpóreo ideal e a se exercitarem regularmente para tentar evitar o início do diabetes tipo II.

### **2.3.2.3 Tratamento**

O objetivo principal para o tratamento do diabetes, é de tentar normalizar a atividade da insulina e os níveis sanguíneos de glicose na tentativa de reduzir o desencadeamento das complicações vasculares e neuropáticas.

São cinco os componentes do tratamento para diabetes,

⇒ **Dieta**, e o controle do peso, constituem a base do tratamento do diabetes. Um instrumento usado para desenvolver planos de refeição, é a Pirâmide de Guia Alimentar. É comumente usado para pacientes com diabetes do tipo II que possuem dificuldades para se ajustarem a uma dieta de calorias controladas. A pirâmide alimentar consiste em 6 grupos de alimentos: 1- pão, cereais, arroz e massas, (6-11 porções por dia)

2- frutas, (2-4 porções por dia)

3- vegetais, (3-5 porções por dia)

4- carne, frango, peixes, feijões secos, ovos e nozes, (2-3 porções por dia)

5- leite, iogurte e queijos, (2-3 porções por dia)

6- gorduras, óleos e doces, (usar sempre em menor quantidade)

A forma de pirâmide foi escolhida, para destacar que os alimentos na área maior ou da base da pirâmide (amidos, frutas e grupos de vegetais) são mais pobres em calorias e gorduras e mais ricos em fibras. A medida que nos movemos para cima da pirâmide, os alimentos mais ricos em gorduras, (principalmente em gordura saturada) são ilustrados, estes alimentos devem contribuir com uma percentagem menor da ingestão calórica diária. O topo da pirâmide ilustra gorduras, óleos e doces, alimentos que devem ser usados em menor

quantidade por pessoas com diabetes, para obter um controle de peso e glicose sanguínea, bem como reduzir o risco de doença cardiovascular.

⇒ **Exercícios**, são extremamente importante no tratamento do diabetes, devido a seus efeitos na diminuição da glicose sanguínea e na redução dos fatores de risco cardiovascular. Eles diminuem a glicose sanguínea, aumentando a captação da glicose pelos músculos do corpo e melhorando o uso da insulina, melhorando também a circulação e o tônus muscular.

O paciente que necessita de insulina deve ser orientado a comer um lanche de 15g (uma troca por fruta) ou um lanche de carboidratos complexos com uma proteína antes de começar os exercícios para evitar uma hipoglicemia inesperada.

A quantidade exata de alimentos necessários, varia de pessoa a pessoa, devendo ser determinada pela monitorização da glicose sanguínea.

Outro problema potencial para os pacientes em uso de insulina, é a hipoglicemia, que ocorre muitas horas após os exercícios. Para evitar a hipoglicemia pós - exercícios, o paciente pode necessitar de um lanche ao seu término, além disso pode ser necessário que o paciente reduza a dosagem de insulina, que faz um pico na hora dos exercícios.

⇒ **Monitorização**; através de monitores de glicose sanguínea, com uma fita reagente. Alguns fatores afetam no sistema de automonitorização da glicose sanguínea, como: acuidade visual, coordenação motora fina, capacidade intelectual, conforto com a tecnologia, vontade e custo.

Antigamente, o teste de glicose na urina, era o único método disponível para a monitorização diária do diabetes, atualmente o seu uso está limitado aos pacientes que não podem ou não querem fazer testes de glicose sanguínea.

O teste de cetonas na urina (ou corpos cetônicos), indicam que o controle de diabetes tipo I, está se deteriorando. Quando há pouca quantidade de insulina, o corpo começa a degradar a gordura de reserva para obter energia. Os corpos cetônicos são subprodutos desta quebra de gorduras e acumulam-se no sangue e na urina.

A hemoglobina glicosilada é um teste sanguíneo que reflete a média dos níveis de glicose sanguínea durante um período de aproximadamente 2 a 3 meses.

No teste de hiperglicemia matinal, identifica-se um nível elevado de glicose sanguínea ao acordar, podendo ser causado por um nível insuficiente de insulina, o fenômeno da madrugada ou efeito de Somogyi.

⇒ **Medicação** ;

Conforme Rocha (1993), a insulina é um hormônio secretado pelas células beta do pâncreas. O pâncreas é um órgão situado no interior do abdome, entre o estômago e a coluna vertebral. Para viver o ser humano necessita de insulina , indispensável `a utilização da glicose pelo organismo. *Todos somos dependentes da insulina.* Mas, as pessoas com diabetes do tipo I, onde o pâncreas não exerce suas funções normalmente, precisam fazer o que as células beta fazem, ou seja, fazer o controle do nível de glicose continuamente e injetar a insulina quantas vezes forem necessárias.

Segundo Smeltezer e Bare (1999 b), as injeções de insulina são administradas geralmente, duas vezes ao dia, para o controle do aumento dos níveis de glicose após as refeições e durante a noite. A dose de insulina necessária ao paciente é determinada pelo nível de glicose sanguínea, para isso é essencial a monitorização precisa dos níveis de glicose sanguínea.

Conforme Rocha (1993), as *preparações de insulina*, são extraídas do pâncreas do porco (suínas), outras são mistas (suínas e bovinas), existem também insulinas humanas, de dois tipos, semi-sintéticas (obtidas a partir de modificações químicas da insulina suína) e as denominadas ADN-Recombinantes (obtidos por processos especiais de engenharia genética). As mais puras são as insulinas humanas, as suínas com alto grau de pureza são denominadas de monocomponentes.

A insulina só podem ser aplicadas por recomendações e dosagem prescritas pelo médico, para seu uso correto, é necessário a aprendizagem da medição e aplicação desse hormônio .

Segundo Smeltzer e Bare (1999 b), o tempo de duração das insulinas, pode ser agrupado em três categorias principais, baseadas no início, pico e duração da ação. *É importante notar que as preparações de insulinas humanas têm uma duração mais curta de ação, que a insulina de fontes animais.*

- *Insulinas de curta ação*, é a insulina comum, marcada com “R” no frasco, o seu início de ação é de ½ a 1 hora, o pico de 2 a 3 horas, a duração é de 4 a 6 horas, seu

aspecto é claro e geralmente administrada 20 a 30 minutos antes de uma refeição seja isolada ou em combinação a uma insulina de combinação mais longa.

- *Insulinas de ação intermediária*, é a insulina NPH e a insulina lenta “L”. O início das insulinas humanas de ação intermediária é de 3 a 4 horas, o pico de 4 a 12 horas, e a duração de 6 a 20 horas. Ambas são similares no tempo de ação e possuem aspecto branco e leitoso. *É importante que o paciente alimente-se por volta da hora de início e pico das insulinas.*
- *Insulinas de longa ação*, é a insulina ultralenta “UL”, as vezes chamada de insulina sem pico, pois sua ação é longa, lenta e mantida, e não com um pico agudo definido. O início da insulina humana de longa ação, é de 6 a 8 horas, o pico de 12 a 16 horas, e a duração de 20 a 30 horas.

*A concentração mais comum*, é de U-100, ou seja existem 100 unidades de insulina por um centímetro cúbico. A seringa que contém 100 unidades de insulina U-100 é a de 1ml (cm<sup>3</sup>). Se ela contiver 50 unidades de insulina U-100, será uma seringa de ½ ml.

Atualmente estão disponíveis três seringas U-100:

- Seringas de 1 ml (cm<sup>3</sup>) – contêm 100 unidades
- Seringas de ½ ml - contêm 50 unidades
- Seringas de 3/10 ml – contêm 30 unidades

*Escolha do local e rodízio*: as quatro áreas principais de injeção são; o abdome, braços (superfície posterior), coxas (superfície anterior), e quadril. A velocidade de absorção é maior no abdome e diminui progressivamente no braço, coxas e quadril.

O rodízio dos locais de injeção é recomendado para evitar alterações localizadas no tecido gorduroso (lipodistrofia).

Se o paciente estiver planejando se exercitar, a insulina não deve ser administrada no membro que vai ser exercitado, pois tem-se uma absorção mais rápida, podendo resultar em hipoglicemia.

Existem enfoques variados quanto a inserção da agulha, para injeções de insulina. A técnica de segurar a pele e inserir a agulha é baseada na necessidade de garantir que a insulina seja injetada no tecido subcutâneo, quando muito profunda por exemplo a intramuscular, ou a muito superficial, podem afetar a velocidade de absorção da insulina.

A necessidade de aspiração (inserir a agulha e puxar o êmbolo da seringa), na auto-injeção de insulina tem sido questionada, pois para alguns pacientes é um procedimento difícil e inseguro (pacientes com deficiência visual ou déficits de coordenação motora...).

*As complicações na insulinoterapia*, para Rocha (1993), são as reações locais, as lipodistrofias, a alergia, a resistência a insulina e a hipoglicemia.

As reações locais mais simples inclui, eritemas e hematomas, são pequenas reações, inofensivas. Às vezes por descuido na assepsia, aparecem infecções (abscessos), embora o uso de álcool não seja mais recomendado, os pacientes que aprenderam esta técnica continuam a usá-la, entretanto eles devem ser informados a deixarem a pele secar, pois o álcool pode ser lavado aos tecidos, resultando em uma área de vermelhidão localizada.

As lipodistrofias são deformações que surgem na região onde a insulina é aplicada repetidas vezes. Podem aparecer sob duas formas; a *hipertrofia*, elevações arredondadas, ou ovalares, meio duras, surgindo em decorrência de um uso contínuo, no mesmo local para a aplicação de injeções, estas desaparecem com a suspensão da aplicação nas áreas atingidas. *Atrofia*, também conhecida como “funda”, com redução ou desaparecimento da gordura subcutânea nos locais de aplicação, são provavelmente causadas, por impurezas contidas nas preparações comerciais da insulina, o uso da insulina humana, quase eliminou esta complicação.

Segundo Smeltzer e Bare (1999 b), a maioria dos pacientes diabéticos que recebem insulina, desenvolvem imunocorpos que se ligam a insulina, diminuindo assim a insulina disponível para uso. Poucos destes pacientes níveis altos de anticorpos, mas há histórias de terapia de insulinas interrompidas por vários meses. O tratamento consiste em administrar uma preparação de insulina mais pura, ou a prednisona pode ser necessária para bloquear a produção de anticorpos.

Para Rocha (1993), a hipoglicemia ou baixo nível de glicose no sangue, é a complicação mais conhecida e temida para pacientes e familiares.

Os sinais e sintomas de hipoglicemia dependem da velocidade da queda e do nível atingido pela baixa da glicose.

*Os hipoglicemiantes orais*, para Smeltzer e Bare (1999 b), podem ser efetivos para pacientes diabéticos tipo II que não podem ser tratados apenas com dietas e exercícios, entretanto eles não podem ser usados durante a gravidez.

### ⇒ Educação:

O *diabetes mellitus*, é uma doença crônica que requer uma vida de comportamentos especiais de autotratamento. Como a dieta, atividade física e o estresse emocional, podem afetar o controle do diabético, os pacientes devem aprender a balancear vários fatores e incorporar ao seu estilo de vida muitos comportamentos para evitar as complicações a longo prazo do diabetes.

Uma abordagem geral para organizar a educação dos diabéticos, é dividir a informação e habilidades em dois tipos principais: (1) *habilidades e informações básicas iniciais*; são informações repassadas a qualquer paciente tipo I e II, é a informação básica que todo paciente precisa saber; (2) *educação aprofundada ou continuada*; envolve um ensino mais detalhado de informações, como medidas preventivas incluem: cuidado com os pés e olhos, higiene geral (pele e higiene oral), tratamento de fatores de risco ( controle de pressão arterial e lipídios do sangue, níveis normais de glicose sanguínea) .

É dada oportunidade ao paciente e seus familiares, pratiquem habilidades, sob supervisão , incluindo auto-injeção, autoteste, seleção de refeições, verbalização dos sintomas e controle da hipoglicemia, podendo ajudar e encorajar o paciente a incorporar novos hábitos.

A educação dos pacientes e de seus familiares, é vista como um componente essencial do tratamento do diabetes.

#### 2.3.2.4 Complicações Agudas do Diabetes

##### ♦ Hipoglicemia

A hipoglicemia, é um nível de glicose sanguínea anormalmente baixa (abaixo de 50 a 60mg/dl). Sua causa está relacionada a muita insulina ou agentes hipoglicemiantes orais, pouca comida ou atividade físicas excessivas. Em geral a hipoglicemia ocorre antes das refeições, especialmente se as refeições forem retardadas ou os lanches forem omitidos.

Na hipoglicemia branda os sintomas são: suor, tremor, taquicardia, palpitação, nervosismo e fome.

Na hipoglicemia moderada , são a incapacidade de concentração, cefaléia, tontura, confusão, lapsos de memória, dormência dos lábios e da língua, fala confusa, descoordenação, comportamento irracional, visão dupla e sonolência.

Na hipoglicemia grave, os sintomas são; desorientação, convulsões, dificuldade em acordar do sono, ou perda da consciência.

O tratamento deve ser dado imediatamente, a recomendação usual é de 10 a 15g de um açúcar oral de ação rápida: 2 a 4 tabletes de glicose, 120 a 180 ml de suco de fruta ou soda comum, 6 a 10 balas ou outro doce forte, 2 a 3 colheres de sopa de mel.

Em caso de hipoglicemia grave, deve-se administrar glicose ou glucagon. Pacientes diabéticos devem sempre carregar balas ou bombons, juntamente com o cartão de identificação, constando ser portador da doença.

#### ♦ Cetoacidose Diabética

É causada pela ausência ou quantidade acentuada de insulina, resultando em distúrbios de metabolismos de carboidratos, proteínas e gorduras.

As três principais características clínicas da cetoacidose diabética são; *desidratação*, *perda de eletrólitos*, *acidose*.

Quando ocorre falta de insulina, a quantidade de glicose que entra nas células é reduzida, ocorrendo uma produção contínua de glicose pelo fígado, ambos levando a hiperglicemia. Na tentativa de livrar o corpo dos excessos de glicose, os rins excretam glicose junto com água e eletrólitos, então esta diurese osmótica leva a **desidratação** e a **perda de eletrólitos**

Um outro efeito da insulina é a degradação de gordura, em ácidos graxos livres e glicerol. Os ácidos graxos livres são convertidos em corpos cetônicos pelo fígado. Os corpos cetônicos são ácidos, que quando se acumulam na circulação, levam a **acidose metabólica**.

A hipoglicemia da CAD, leva a poliúria e polidipsia, além disso, visão turva, fraqueza e dor de cabeça.

A cetose e acidose, características da CAD, levam a sintomas gastrointestinais tais como anorexia, náuseas, vômitos e dor abdominal. Os pacientes podem ter hálito de acetona (um odor de frutas), que ocorre com níveis elevados de corpos cetônicos.

Os níveis de glicose sanguínea podem variar de 300 a 800mg/dl. Alguns pacientes podem ter valores de glicose mais baixos, e outros altos quanto 1000mg/dl ou mais dependendo da desidratação.

As três principais causas da CAD são: uma diminuição da insulina ou falta de uma dose, uma doença ou infecção, a manifestação do diabetes não diagnosticado e não – tratado.

#### ♦ Síndrome Não-cetótica Hiperosmolar Hiperglicêmica

É uma situação na qual a hiperosmolaridade e hiperglicemia predominam, com alterações sensoriais (senso de consciência). Ao mesmo tempo a cetose é mínima ou ausente.

O defeito bioquímico básico é a falta de insulina efetiva. A hiperglicemia persistente do paciente causa diurese osmótica, resultando em perdas de água e eletrólitos.

Na síndrome HHNC, o nível de insulina não é tão baixo. Embora não exista insulina suficiente para evitar a hiperglicemia (e a subsequente diurese osmótica), a pequena quantidade de insulina presente é suficiente para evitar a quebra de lipídios. Os pacientes com a síndrome HHNC, não sofrem os sintomas gastrointestinais relacionados à cetose que fazem com que o paciente com CAD procure a atenção médica.

O quadro clínico na síndrome HHNC é de hipotensão, profunda desidratação (mucosas secas, pouco turgor da pele), taquicardia e sinais neurológicos variáveis (por exemplo, alteração do sensorio, convulsões, hemiparesia).

Esta condição ocorre mais frequentemente em pessoas idosas (50 – 70 anos de idade) que não tiverem história anterior de diabetes ou apenas com diabetes tipo II brando.

O tratamento da síndrome HHNC é similar ao do CAD: líquidos, eletrólitos e insulina.

#### 2.3.2.5 *Complicações Crônicas do Diabetes*

As complicações do diabetes a longo prazo podem afetar quase todos os sistemas orgânicos do corpo. As categorias gerais de complicações do diabetes crônicos são;

#### ♦ Doença Macrovascular

Alterações ateroscleróticas nos grandes vasos sanguíneos, comumente ocorre no diabetes. Dependendo da localização das lesões ateroscleróticas, podem resultar de diversos tipos de doenças ateroscleróticas. Incluem doença arterial coronariana, doença vascular cerebral, doença vascular periférica.

### ◆ **Doença Microvascular**

A doença microvascular diabética (ou microangiopatia) é caracterizada por espessamento da membrana basal.

Os dois locais onde o funcionamento capilar pode ter efeitos devastadores, são a microcirculação da retina dos olhos e os rins, (Retinopatia Diabética, Complicações Oftalmológicas e Nefropatia).

### ◆ **Neuropatia**

Refere-se a um grupo de doenças que afetam todos os tipos de nervos, incluindo os nervos periféricos (sensoriomotores), autônomos e espinhais.

O espessamento da membrana capilar basal e a oclusão dos capilares podem estar presentes. Além disso, pode haver desmielização dos nervos, possivelmente relacionada a hiperglicemia. A condução nervosa é perturbada quando existem aberrações das bainhas de mielina.

Os dois tipos mais comuns da neuropatia diabética são: polineuropatia sensoriomotora e a neuropatia autônoma.

\* Cada uma das complicações do diabetes, tanto agudas quanto crônicas, necessitam de tratamento terapêutico específico e referente a cada complicação. Entretanto, pela elevada incidência de amputações e problemas relacionados a pernas e pés dos diabéticos, citaremos alguns cuidados preventivos e tratamento destes.

#### ***2.3.2.6 Problemas nas Pernas e Pés dos Diabéticos***

Três complicações diabéticas contribuem para o aumento de risco de infecções nos pés:

\***Neuropatia:** a neuropatia sensorial, leva à perda da dor e sensação de pressão, e a neuropatia autônoma leva a um aumento de ressecamento e fissuras da pele.

\***Doença Vascular Periférica:** a pouca circulação das extremidades inferiores contribuem para uma cicatrização pobre das feridas e desenvolvimento de gangrena.

\***Imunocomprometimento:** a hiperglicemia prejudica a capacidade dos leucócitos especializados em destruir bactérias. No diabetes pouco controlado, há uma resistência diminuída a determinadas infecções.

A sequência típica de eventos no desenvolvimento de uma úlcera diabética no pé, tem início com um dano aos tecidos moles do pé, formação de uma fissura entre os dedos ou em uma área de pele seca, ou formação de calo. Os danos não são sentidos pelo paciente com pé insensível, podendo ser térmico, (por exemplo, uso de bolsas de aquecimento, andar descalço em concreto quente ou testar a água de banho com os pés) químicos (queimadura do pé por uso de agentes cáusticos nos calos, ou joanetes) ou traumáticos (machucar a pele, quando corta as unhas, objetos dentro do sapato, ou usar sapatos e meias desajustados).

Quando o paciente não está habituado a inspecionar os pés, o dano ou fissura pode não ser percebido, até que uma grave infecção se desenvolva. A drenagem, o intumescimento, vermelhidão da perna ou gangrena pode ser o primeiro sinal de problema nos pés que o paciente perceba.

O tratamento de úlceras da perna, envolve repouso no leito, antibióticos, e debridamento. Além disso, o controle dos níveis de glicose, que tendem a aumentar quando ocorre uma infecção, é importante para promover a cicatrização das feridas. Nos pacientes com doenças vascular periférica, as úlceras dos pés pode não cicatrizar devido a capacidade diminuída de oxigênio, nutrientes e antibióticos em alcançar o tecido danificado. *A amputação pode ser necessária para evitar a maior disseminação da infecção.*

A avaliação dos pés e as instruções de cuidados dos pés são mais importantes quando se trata de pacientes que estão com alto risco de desenvolver infecções nos pés. As características de alto risco são:

- Duração do diabetes por mais de 10 anos,
- Idade acima de 40 anos,
- História de fumo,
- Pulsos periféricos diminuídos,
- Sensação diminuída,
- Deformação anatômica nas áreas de pressão (joanetes e calos),
- História de úlcera nos pés ou amputação.

#### ♦ *Cuidados preventivos com os pés:*

É muito importante o cuidado com os pés, pois um alto nível de glicose sanguínea pode afetar os nervos dos pés e causar problemas na circulação do sangue.

Incluem banhos apropriados, secagem e lubrificação dos pés, deve-se tomar cuidados quanto a umidade entre os artelhos. Devem ser inspecionados quanto a qualquer vermelhidão, flictemas, fissuras, calos ou alterações, sempre que necessário pedir ajuda a um membro da família, ou usar um espelho para observação da sola dos pés. As superfícies interiores dos sapatos devem ser inspecionadas quanto à presença de objetos e pontos ásperos. Os pacientes devem ser ensinados a usar calçados bem ajustados e fechados, bem como, os sapatos que são novos, devendo usá-los aos poucos, para evitar a formação de flictemas. Devem ser evitados os comportamentos de alto risco tais como, andar descalço, usar almofadas ou aquecimento nos pés, usar calçados abertos e aparar calos. As unhas dos pés devem ser cortadas retas, sem arredondar nos cantos. Aconselhar os pacientes a evitar os fatores de risco tais como, fumar, elevação de lipídios sanguíneos, que contribuem para doença vascular periférica.

O controle da glicose sanguínea é importante não só para evitar uma diminuição da resistência a infecção, como também a neuropatia diabética.

## **2.4 Vigilância da Saúde**

Segundo Mendes (1996), vigilância em saúde é uma forma nova de resposta social organizada aos problemas de saúde, influenciada pelos positivos conceitos de saúde e pelo paradigma de produção social da saúde. A vigilância em saúde compromete-se com a ação integral, diante dos diferentes momentos ou dimensões do processo de saúde-doença.

A vigilância da saúde, como prática sanitária, portanto, resposta social organizada aos problemas de saúde, em todas as suas dimensões, organiza os processos de trabalho em saúde mediante operações intersetoriais, articulados por diferentes estratégias de intervenção. A estratégia de intervenção da vigilância da saúde resultam da combinação de três grandes tipos de ações; a promoção da saúde, a prevenção da enfermidade e acidentes e atenção curativa.

A prática da vigilância da saúde necessita estar fincada em três pilares básicos: o território, os problemas de saúde e a intersetorialidade. (MENDES, 1996, p.243)

### Território:

Território entende-se por espaço físico, com critérios geopolíticos que definem território-solo e também como um conceito coerente com a prática da vigilância da saúde, vendo o território como um espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social em que se tensionam sujeitos sociais colocados. Esse é o

território da vigilância da saúde e que deverá ser esquadrihado de modo a configurar determinada realidade de saúde, sempre em movimento. Isto é uma situação de saúde determinada pela dinâmica das relações sociais, econômicas e políticas que se reproduzem historicamente, entre indivíduos e grupos populares existentes no território, reprodução esta condicionada por sua inserção no conjunto da sociedade (MENDES, 1996, p.245).

### Problema:

O segundo pilar da vigilância da saúde é o problema, sendo a identificação de uma diferença entre o que é e o que deveria ser, de acordo com padrões e valores considerados desejáveis do ponto de vista de um ator social determinado. Em consequência, por problemas de saúde deve entender-se a representação social de necessidades sanitárias, derivada de condições de vida e formuladas por determinado ator social, com base em uma percepção de uma discrepância entre a realidade e uma norma instituída. O problema é sempre auto referido.

O enfoque por problema implica duas considerações básicas; uma é a distinção entre paisagem e problema. A cristalização de rotinas nas instituições de saúde e cultura predominante, muitas vezes determinam que no processo de análise da situação da saúde, o problema seja identificado como paisagem, entendida como a realidade aparente do cotidiano das condições de vida. Enquanto paisagem o problema aparece restrito a sua aparência. Problematizar uma realidade é retirá-la do seu campo imediato, para compreendê-la em toda sua complexidade, mais além da mera manifestação fenomênica, penetrando sua essência. Assim ocorre uma interface entre território e problema, já que somente a penetração e o desvendamento de um território - processo, o lugar da vida, permitirá transformar a paisagem em problema.

A outra consideração é o enfoque por problemas, como alternativa a forma convencional de organização dos serviços da saúde, que é o enfoque por programas, pressupondo definições apriorística dos problemas de saúde” (MENDES, 1996, p.247).

### Intersetorialidade

O terceiro elemento fundamental da vigilância da saúde é a intersectorialidade. Problemas complexos e mal estruturados que se manifestam num território-processo não podem ser enfrentados em uma perspectiva unisetorial. Assim, a prática da vigilância da saúde parte do conhecimento de um território para nele, identificar, descrever e explicar os problemas aí contidos, definindo seus nós críticos e atuando, sobre eles, mediante um conjunto articulado de operações, organizadas intersectorialmente. Essa tem, no campo do fazer, significação semelhante à da interdisciplinaridade na construção do saber. A intersectorialidade, busca, portanto, uma unidade do fazer, e está associada a vinculação, reciprocidade, e complementaridade na ação humana. A proposta da intersectorialidade “reconhece a multiplicidade dos olhares do espírito sobre uma realidade multiforme. Todavia, ao mesmo tempo, consolida-se a convicção de que esta multiplicidade constitui uma rede única e testemunha que, na origem de tudo, está um espírito único ao olhar um único mundo (MENDES, 1996, p.253).

A questão fundamental da intersetorialidade é ruptura das barreiras comunicacionais que impedem o diálogo entre diferentes setores. As paredes que separam os setores são paredes de chumbo que devem ser derrubadas pela constituição de um código comunicacional comum. Isso exige intervenção psicopedagógica que abra mentes e corações e um método do agir compartilhado que é; planejamento. Desse modo, a intersetorialidade não anula a singularidade do fazer setorial pela instituição de uma polivalência impossível; ao contrário, reconhece os domínios temáticos, comunicando-os para construção de uma síntese. (MENDES, 1996, p.253)

## 2.5 Comunicação e informação em saúde

Com objetivo de nos situarmos no conceito de comunicação aplicado à saúde, iniciaremos com conceitos gerais sobre comunicação e informação.

Segundo Melo (1998), informação é o ato ou efeito de informar, tomar conhecimento de determinado fato, investigação, averiguação, busca, pesquisa, transmissão de conhecimentos... E comunicação é o ato, efeito ou meio de comunicar, avisar, transmitir uma ordem ou reclamação, informação, participação, amizade, convivência, meio pelo qual as pessoas se comunicam.

Etimologicamente a palavra Comunicação vem do latim *comunicare*, que significa; “pôr em comum”.

De acordo com Travelbee (1971), citado por Vieira (1978), a comunicação é um ato/comportamento e um processo, sendo que, é um comportamento no sentido de envolver atividade mental física pelo emissor e receptor da mensagem, e como processo, onde através da comunicação uma mensagem funciona como mediadora, devendo esta ser entendida e compreendida pelos indivíduos envolvidos.

Para Kron (1971), citado por Vieira (1978), a comunicação envolve mais que palavras, sendo um intercâmbio de idéias, onde o pensamento é mais importante que a fala, enfatizando a habilidade e a necessidade de transmitir idéias e mensagens para outros, bem como de entender e receber idéias e sugestões transmitidas.

Berlo (1973), segundo Vieira (1978), discute a comunicação como um processo, sendo este qualquer fenômeno que modifique-se continuamente através do tempo, sendo algo não estático, mas dinâmico.

“A comunicação é vista como um processo social básico, através do qual é possível a interação. Com ela, o indivíduo é capaz de influenciar outro, realizar atividades de grupo e ter vida social” (SHIPPER E LEONARDI (1965), apud VIEIRA, 1978, p.12).

A comunicação é dinâmica, recíproca, envolve troca de experiências, influências, resultando em informações significativas e/ou frustrantes. Consiste em um processo contínuo, criativo, com acontecimentos e manifestações em constantes movimentos. O homem é um sistema de comunicação, pois acompanha e participa da dinâmica da natureza humana, seu desenvolvimento e mudanças, retirando daí, toda a energia que necessita para viver, assim estímulos e respostas direcionam e influenciam seu processo de adaptação.

Conforme Vieira (1978); a comunicação é importante na aplicação do cuidado à saúde, os indivíduos com frequência, desejam estar envolvidos em decisões relativas as resoluções de problemas de saúde, almejam informações, respostas as suas dúvidas, explicações detalhadas e se possível, comunicar-se com enfermeiro, médico, nutricionista...

“A comunicação com o paciente tem uma função terapêutica, além da função social. A comunicação é uma parte essencial no processo terapêutico e isto envolve; escutar cuidadosamente e interpretar inteligentemente” (VIEIRA, 1978, p.23).

A função terapêutica da comunicação é estabelecida no momento em que o paciente compartilha com o profissional da área da saúde, algum conhecimento ou entendimento de si mesmo que possua um significado, permitindo ao profissional, conhecer, observar e atuar frente as suas necessidades ou problemas levantados, desta maneira, o paciente sente-se valorizado e fica estabelecido a relação pessoa-pessoa.

Para efetivar a comunicação, considera-se o emissor, a mensagem, e os meios ou caminhos pelos quais propagam-se a informação até o receptor. Para que tal processo se realize, emissor e receptor necessitam de habilidades para interpretar idéias e pensamentos transformados em códigos, transmitidos e transformados de indivíduos para indivíduos, dedicando assim, tempo, interesse e esforço. (VIEIRA,1978).

Segundo Stefanelli (1993), citado por Júnior e Matheus (1996), a troca de mensagens entre receptor e emissor, pode sofrer alteração ou ser influenciada, dependendo do contexto em que esteja vivendo, assim para ela, o contexto é um dos componentes da comunicação.

De acordo com Júnior e Matheus (1996), a mensagem é a idéia transmitida, e essa idéia deve ter o mesmo significado para o receptor, caso contrário a comunicação não existe. A linguagem é influenciada pela cultura e a maioria das confusões e incomunicações ocorridas entre as pessoas, tem como origem a própria linguagem. É provável que já tenhamos passados por situações onde as incomunicações ocorrem, como por exemplo: conversar com um

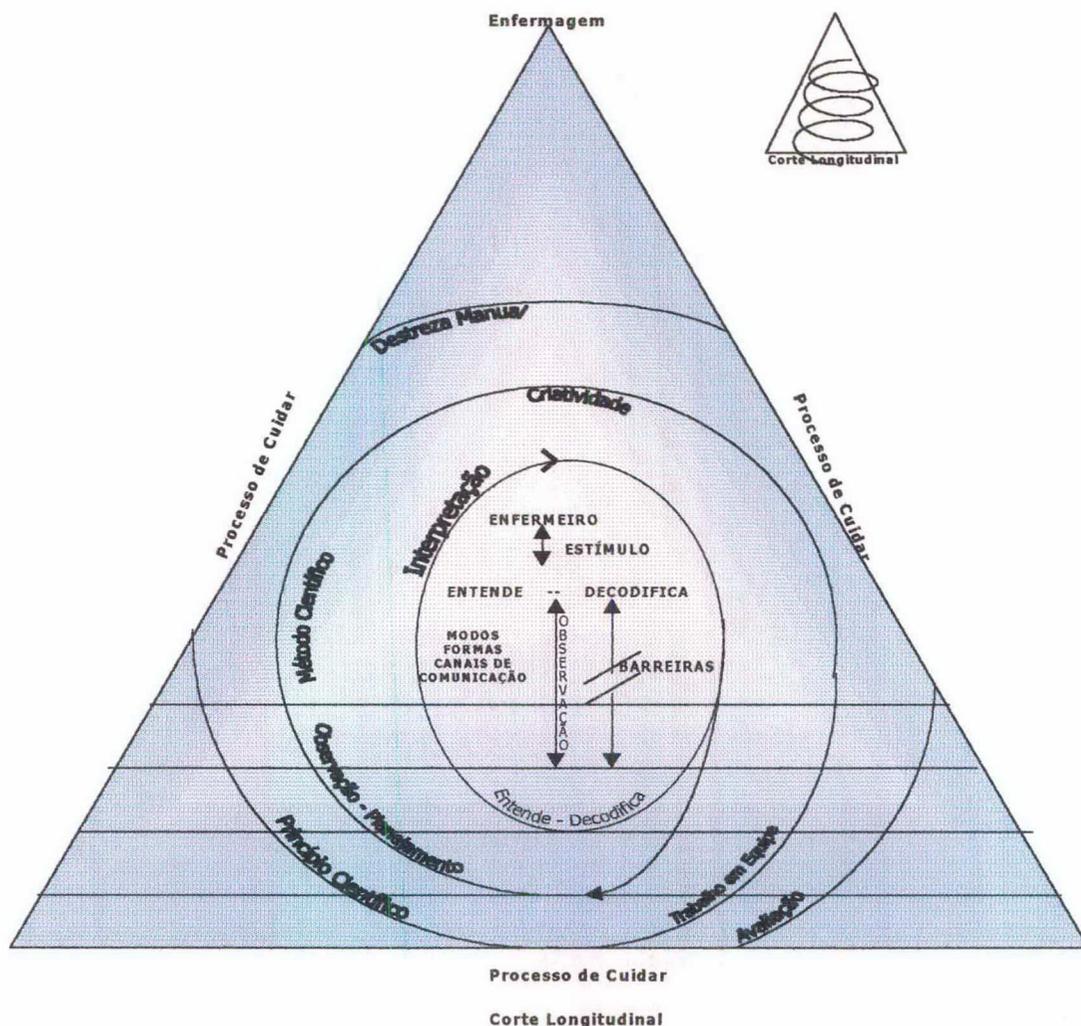
adolescente que utiliza gírias, com um nordestino que usa termos que não entendemos o significado, impedindo que a conversa se prolongue.

As incomunicações também podem ocorrer nas situações onde a palavra é do conhecimento do emissor e do receptor, mas possui um significado diferente para ambos, por exemplo, você acha que seu colega está triste, mas não sabe o significado de tristeza para ele, será que é o mesmo que o seu? Ou seja, o significado, a consequência e os sentimentos que surgem são diferentes, e se estas diferenças não ficarem bem claras, não haverá o “pôr em comum” as idéias, logo não ocorrerá a comunicação. Acontece também quando escrevemos ou lemos frases mal formuladas, ou com múltiplos sentidos.

Assim, podemos perceber que se não atentarmos aos aspectos da comunicação, o processo comunicativo não ocorre ou é ineficiente, causando frustração aos interlocutores, entre os aspectos existem; *as barreiras da comunicação*. Estas barreiras são: falta de capacidade de concentração, pressuposição de entendimento, ausência de significação comum, influência de mecanismos inconscientes e limitação do emissor/receptor.

Uma das funções da comunicação é a de promover o relacionamento entre as pessoas, para busca de soluções, dentro do contexto de participação, gerando mudanças de comportamentos. A comunicação é um processo que colabora na qualidade dos relacionamentos, estabelecida nas relações de trabalho, seja com a equipe de saúde, seja no registro de atividades de enfermagem, ou na assistência ao paciente, família e comunidade.

A figura a seguir apresentada, representa a relação de comunicação com o processo de cuidar e com os outros Instrumentos Básicos da Enfermagem, onde através do processo de cuidar do ser humano, um ser complexo e indivisível, e para comunicar-se considera-se seus valores e crenças, prezando-se a auto-estima e o autoconceito, estabelecendo um relacionamento empático.



Fonte: JÚNIOR, A. E; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos Básicos para o Cuidar**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.67.

Para Faria (1995), o processo de comunicação em saúde, em especial no âmbito da enfermagem, tem como finalidade o estabelecimento de formas de relacionamento com a clientela, através do processo comunicacional, como um pilar básico para a transformação assistencial nos serviços de saúde.

No processo de trabalho na saúde, o processo informacional que pressupõe um processo comunicacional é um, dos instrumentos mais importantes que se interpõe entre o trabalhador e o objeto, mesmo porque este não é algo inanimado, sem emoções, sem cultura, sem estímulos – é sujeito (FARIA, 1995, p.56).

Segundo Wonstret, Stefanelli, Centa (2001, P. 123),

A comunicação é um processo que, além de sua importância nas mais diversas áreas dos inúmeros campos onde sua aplicabilidade é imprescindível, não se deve ser esquecida num espaço onde ela permeia as áreas físicas, culturais, sociais, psicológicas, espirituais e intelectuais do meio familiar. O uso da comunicação ou qualquer área do desenvolvimento humano, deve ocorrer de forma consciente, pois, pode exercer as mais diferentes funções como: ideológicas, informativas, de entretenimento, cognitiva, entre outras. Se esta não ocorrer de forma adequada, pode gerar interpretações das mais diversas formas, caracterizando assim, os desvios comunicacionais.

Cabe, assim, aos profissionais da saúde, desenvolverem um olhar crítico para a formulação de sentimentos, significados e problemas, voltados para os reais interesses da família, interpretando os fatos, com os significados que eles têm em seu contexto.

## **2.7 Problemas de saúde**

Segundo o que é estabelecido no PSF (Secretaria Estadual de Saúde, 1998), um problema constitui-se num estado de insatisfação de pessoas ou grupos diante dos fatos reais, presentes ou passados, que não permite chegar a um fim ou meta e está fundamentado em experiências, conhecimentos e expectativas. É uma situação de incompatibilidade de objetivos, conhecimentos, emoções, entre indivíduos ou grupos que conduzem a interação antagônica e de oposição (necessidades, obstáculos, conflitos, aspirações, valores, danos e riscos). A identificação do problema deve incluir três passos: conhecimento, definição e explicação do problema.

Segundo Faria (1995), a prática assistencial não tem considerado as reais necessidades da população. Há muitas dificuldades em conciliar características culturais e sócio-políticas da clientela, em um processo de internalização da estrutura física, sem vínculo com a população; todavia a enfermagem, é que está mais vinculada aos serviços, aos programas, abrindo e fechando os serviços e cumprindo horários estabelecidos.

Uma das perspectivas de “problemas” apontada por Mendes (1996, p.250)

segue o enfoque por programas, em que a definição de que problema de saúde se dá aprioristicamente por doenças (hanseníase, tuberculose, hipertensão), por categorias profissionais (enfermagem), por etapas do ciclo biológico humano (criança, adolescente, adulto, idoso), por atividades sanitárias (vigilância sanitária, vigilância epidemiológica), por inserção no mercado de trabalho (saúde do trabalhador) ou ainda por grupos étnicos (saúde do índio), trabalhando portanto, com microproblemas. O recorte de programas é idealizado porque não leva em consideração um contexto econômico de recursos limitados em relação as necessidades múltiplas e recorrentes.

Tanto Faria (1995), quanto Mendes (1996), relatam que a real necessidade da população muitas vezes não condiz com os problemas pré-estabelecidos.

O grande desafio consiste em trabalhar com os problemas de saúde através de programas pré-estabelecidos, atendendo as reais necessidades de saúde das famílias, na perspectiva do significado destes problemas no contexto cultural em que estão inseridas. Neste particular, Mendes (1996), aponta uma outra perspectiva que é o conjunto de paisagem e problema que consiste em tirar os problemas da situação de apenas “aparência”, exposição explícita sem interpretação e resolução. A realidade deve ser problematizada, deve ser compreendida em toda a sua complexidade, buscando adentrar na sua essência.

Há o risco de uma miopia seletiva que deixa de ver as características culturais das famílias. Nesta lacuna, instaura-se um processo idealizador que, nas palavras de Montero (1991), introduz “um mecanismo de fragmentação, atomização da realidade, que de maneira alienada produz normas, regulamentos e leis que regem a conduta dos indivíduos na família”. (MONTERO, 1991, apud TRAD; BASTOS, 1998, p.5).

Tendo em vista que a prática assistencial nos serviços de saúde, geralmente, não se aproxima das reais necessidades de saúde da população, é neste caso, o processo de comunicação em saúde um instrumento valioso de ligação entre a equipe de saúde e as famílias, atuando no sentido de conhecer os reais problemas ou necessidades de saúde, conforme os significados identificados no contexto familiar.

## **3 OBJETIVOS**

### **3.1 Objetivo geral:**

Prestar assistência de enfermagem no PSF/PACS, focalizando a comunicação em saúde.

### **3.2 Objetivos específicos:**

1. Conhecer o processo de identificação dos problemas de saúde das famílias no PSF/PACS.
2. Conhecer o significado dos problemas de saúde na perspectiva das famílias e na ótica dos ACS.
3. Conhecer o fluxo e o processamento das informações sobre a saúde das famílias, identificadas pela equipe PSF/PACS nos domicílios – nos níveis local e central.
4. Conhecer a sistematização do processo de resolutividade dos problemas de saúde das famílias, identificados pelos ACS nos domicílios, em nível local, na Policlínica de Referência Regional de São José e também em nível central no Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de Saúde de São José.
5. Planejar a assistência de enfermagem no PSF/PACS, com especial atenção à coordenação do trabalho dos ACS.

6. Implementar as ações de enfermagem planejadas - na Policlínica de Referência Regional de São José e - na comunidade, coordenando o trabalho dos ACS.
7. Avaliar as ações de enfermagem implementadas, subsidiando o replanejamento do trabalho de enfermagem no PSF/PACS.
8. Contribuir para a capacitação dos ACS – para o trabalho que realizam junto as famílias. *(objetivo não previsto e desenvolvido)*.
9. Ampliar e aprofundar os conhecimentos teóricos sobre a temática em questão.

## 4 REFERENCIAL TEÓRICO

### 4.1 Marco Conceitual

Marco Conceitual, entende-se como um conjunto de conceitos definidos e inter-relacionados que formam uma estrutura abstrata e tem como característica principal, a coerência intra e entre suas partes formando-se uma totalidade. Conceitos, são representações mentais ou abstrações da realidade (CHINN e JACOBS, apud TRENTINI e DIAS, 1994)

Inicia-se a formular um marco conceitual para a prática assistencial pela definição dos conceitos apresentados no enunciado do propósito do estudo.

Além dos conceitos específicos do objeto do estudo, há alguns que sempre estarão presentes em qualquer marco conceitual para a assistência, por apresentarem elementos do *domínio profissional da enfermagem*, quais sejam: *cliente ou ser humano, enfermagem e o contexto das relações enfermagem-cliente*. Naturalmente, toda conceituação envolve-se com valores e crenças de quem a explicita, até porque assim foi revelada a identificação, quando houve a opção pelo embasamento do estudo (TRENTINI e DIAS, 1994).

Após consultas realizadas referentes as teorias da Enfermagem, as acadêmicas optaram pela Teoria Transcultural da Dra Madeleine Leiniger, por ocorrer uma grande identificação com seus princípios norteadores. representada no Modelo Sunrise. Através do modelo, representado no Modelo Sunrise, as acadêmicas encontraram um elo de ligação entre a proposta assistencial idealizada e sua estrutura conceitual. O foco de estudo nesta teoria, está voltado para estrutura cultural e social, passando por indivíduo, famílias e instituições em diversos sistemas de saúde, até chegar as decisões e ações de cuidado de enfermagem que são; preservação cultural, acomodação e repadronização. Sempre enfatizando que o processo de

cuidado pode ser universal e diversificado, compreende-se, nesta visão, o cuidado desenvolvido pela família como parte integrante do cuidado popular .

#### **4.2 Histórico da teórica:**

Madeleine Leininger, é uma teórica norte – americana, graduada em Enfermagem, no ano de 1948, em Denver. Concluiu seu bacharelado em Ciências, no ano de 1950 e, em 1965 concluiu o Curso de Doutorado em Antropologia (MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI, 1999).

A Dra Leininger, fundou o subcampo Transcultural da enfermagem. É professora de Enfermagem e Antropologia (GEORGE, 1993).

De acordo com Monticelli, Alonso e Leopardi (1999), durante sua prática profissional, nos anos 50, Madeleine Leininger trabalhou no lar para orientação de crianças e pais, na especialidade de Enfermagem Clínica. Através da realização deste trabalho, pode perceber que as crianças apresentavam algumas diferenças no seu comportamento, que se repetiam com frequência. Leininger relacionou essas diferenças a cultura trazida por essas crianças de casa e percebeu que a enfermagem não possuía conhecimentos suficientes a respeito da cultura familiar demonstradas por essas crianças. Para compreendê-las melhor, desenvolveu as práticas de cuidado da enfermagem diversificadas, significativas e eficazes, de acordo com as suas culturas. Após essa experiência, ela passou a se dedicar a essa nova área da enfermagem, ou seja, à Enfermagem Transcultural, como sub-área da enfermagem. Leininger foi a primeira enfermeira do mundo a se doutorar em Antropologia.

Em 1960, Leininger começou a utilizar termos como: Enfermagem Transcultural e etno-Enfermagem e, logo e em 1978 publicou seu livro “Transcultural Nursing,” focalizando na Enfermagem Transcultural, e em 1979, ela definiu a etno-Enfermagem, como “o estudo de crenças, valores e práticas de cuidados de enfermagem, tal como percebidas e conhecidas cognitivamente por uma determinada cultura, através de tal experiência direta, crenças e sistemas de valores” (GEORGE, apud MONTICELLI, ALONSO ,LEOPARDI, 1999).

Em 1985, Leininger apresentou seu trabalho como teoria e, também neste mesmo ano, participou do primeiro Simpósio Brasileiro de Teorias de Enfermagem, em Florianópolis, no Brasil.

Em 1988, apresentou como pressupostos que “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneira, ainda que alguns elementos comuns existam, em relação ao cuidado, em todas as culturas do mundo” (GEORGE, apud MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI, 1999) e definiu alguns conceitos, salientando que estas ainda seriam definições provisórias, passíveis de modificações ao longo do estudo sobre a cultura.

Esta autora percebeu que os enfermeiros têm usado a palavra cuidado como ‘slogan’ na Enfermagem de uma dupla forma, de significado restrito, a ser descoberto através de estudos mais aprofundados, buscando uma visão mais humanizada, reconhecendo as influências que as forças sociais e culturais exercem sobre este cuidado.

Em 1995, publicou seu livro “Transcultural Nursing: concepts, theories, research and practice” , além de continuar escrevendo artigos e editando o “Journal of transcultural nursing”, que aceita publicações transnacionais sobre saúde e cuidado transcultural.

#### **4.3 Pressupostos Básicos da Teoria :**

1. “Os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem seu cuidado de Enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde.” (LEININGER, apud MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI, 1999, p. 95).

2. Atos humanos ajudaram a preservar a cultura e afirmar que o cuidado sempre foi considerado essencial à sobrevivência e desenvolvimento humano. (MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI. 1999).

3. “O cuidado é uma necessidade humana e essencial para o tal desenvolvimento e manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos em todas as culturas do mundo.” (MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI. 1999, p.96).

4. O cuidado é a essência da Enfermagem e também o seu foco único, unificador e dominante. (MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI. 1999).

5. “A Enfermagem é uma disciplina de cuidado transcultural humanístico e uma profissão cujo propósito maior é servir o ser humano” (MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI. 1999, p.96).

6. “A administração de cuidados é uma prática de profundas raízes culturais e requer, portanto, um conhecimento de base cultural além de suficiente capacitação para sua eficaz aplicação” (MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI. 1999, p.97).

7. “Não se pode produzir curas sem cuidados, mais pode haver cuidados sem que se produza a cura” (MONTICELLI, ALONSO, LEOPARDI. 1999, p.97).

#### **4.4 Pressupostos Pessoais:**

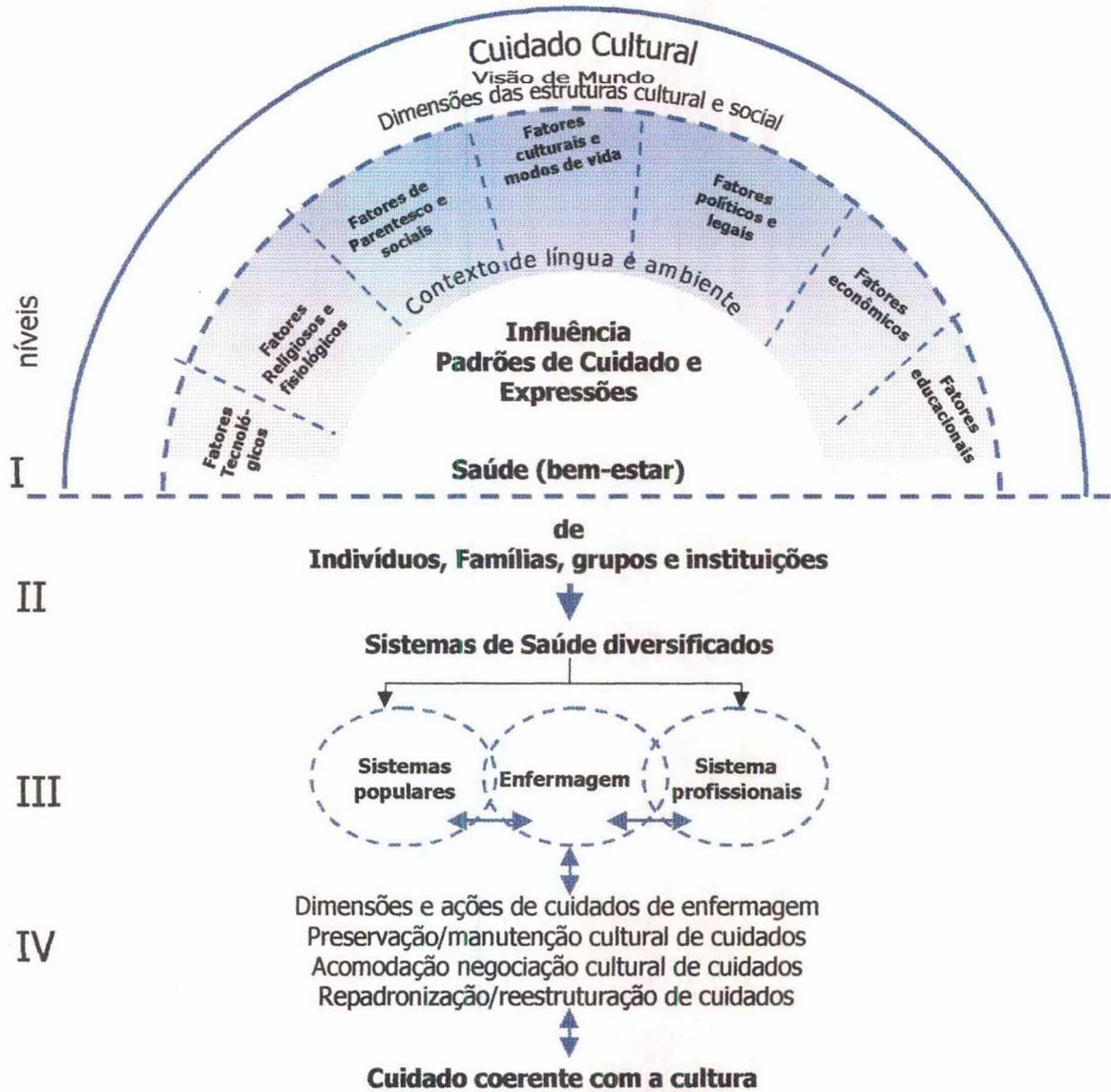
- Identificar a significação de necessidades de saúde para a família e para os Agentes Comunitários de Saúde (ACS), bem como, a compreensão destes sobre, problemas de saúde, é o ponto de partida para uma melhor compreensão da realidade no contexto sócio-cultural, vivenciada por ambas as partes.
- A prática assistencial, nos serviços de saúde, não tem levado em consideração as reais necessidades de saúde da população; identificando assim dificuldades em trabalhar com as características sócio-culturais observada nas famílias. Assim, o processo de comunicação em saúde, é um instrumento muito importante que se interpõe entre a equipe de saúde e família atuando no sentido de conhecer os fatos, conforme significados obtidos no seu contexto familiar.
- fluxo das informações em saúde, deve visar o levantamento e encaminhamento dos reais problemas das famílias assistidas; buscando a sua resolutividade, resultando na melhoria dos serviços prestados.
- cuidado cultural é o ponto chave para uma abordagem adequada as famílias. Buscar compreender o significado e a manifestação cultural de cada família, facilita o trabalho dos profissionais de saúde, conquistando a confiança da família e uma proximidade da linguagem e das ações de saúde (cuidados de saúde) entre ambos.

#### **4.5 Modelo do Sol Nascente:**

Segundo GEORGE (1993), a teoria de Dra Leininger tem o nome de Diversidade e Universalidade Cultural de Cuidado, e representa-a no Modelo do Sol Nascente.

Este modelo pode ser entendido, como tendo quatro níveis, visualizados na figura a seguir; sendo o primeiro deles o mais abstrato e o quarto, o menos abstrato. Os níveis de um a três oferecem a base necessária de conhecimentos para o planejamento e a execução de

cuidado cultural coerente, já o nível quatro oferece condições para a tomada de decisão e consequente ações a serem desenvolvidas. O primeiro nível compreende a visão de mundo e o nível do sistema social que direciona o estudo das percepções do mundo para fora da cultura - o supra-sistema, em termos de sistema geral. Leininger afirma que este nível leva ao estudo da natureza, do significado e dos atributos do cuidado, a partir de três perspectivas. Os valores e a estrutura social podem ser uma parte de cada uma das perspectiva. A microperspectiva estuda os indivíduos numa cultura; estes estudos seriam, caracteristicamente , em escala menor. A perspectiva intermediária focaliza fatores mais complexos, numa cultura específica; estes estudos ocorrem numa escala maior do que os microestudo. Os macroestudos investigam fenômenos em várias culturas e são amplos em escala.



Fonte: MONTICELLI, M; ALONSO, I, L, K; LEOPARDI, M.T. Madeleine Leininger: teoria de Enfermagem Transcultural. In: LEOPARDI, M,T. **Teorias em enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livro, 1999. p.100.

O segundo nível, oferece conhecimento sobre indivíduos, famílias, grupos e instituições, em vários sistemas de saúde. Esse nível propicia significados e expressões culturalmente específicos, em relação ao cuidado à saúde. O terceiro nível focaliza o sistema popular, o sistema profissional e a enfermagem. As informações do terceiro nível incluem as características de cada sistema, bem como os aspectos específicos do cuidado de cada um. Essa informação possibilita a identificação de semelhanças e diferenças, ou diversidade cultural de cuidado.

O quarto nível é o das decisões e ações de cuidado em enfermagem envolve; a preservação/manutenção cultural do cuidado, a acomodação/negociação cultural do cuidado e a repadronização/reestruturação cultural de cuidado. É nesse nível que ocorre o cuidado de enfermagem e no quarto nível que é desenvolvido o cuidado cultural coerente.

Leininger salienta que o modelo não é a teoria, mas uma descrição dos componentes da teoria da Diversidade e Universalidade Cultural de cuidado, sendo o objetivo desse modelo, auxiliar o estudo da maneira como os componentes da teoria influenciam no estado de saúde dos indivíduos, das famílias, grupos e instituições, bem como o cuidado oferecido a eles, numa cultura.

#### **4.6 Processo de Enfermagem:**

A adaptação e a prática do processo de enfermagem, representado na figura a seguir, é focalizado em quatro níveis de cuidado cultural, baseado no Modelo do Sol Nascente, proposto na Teoria da Dra Leininger.

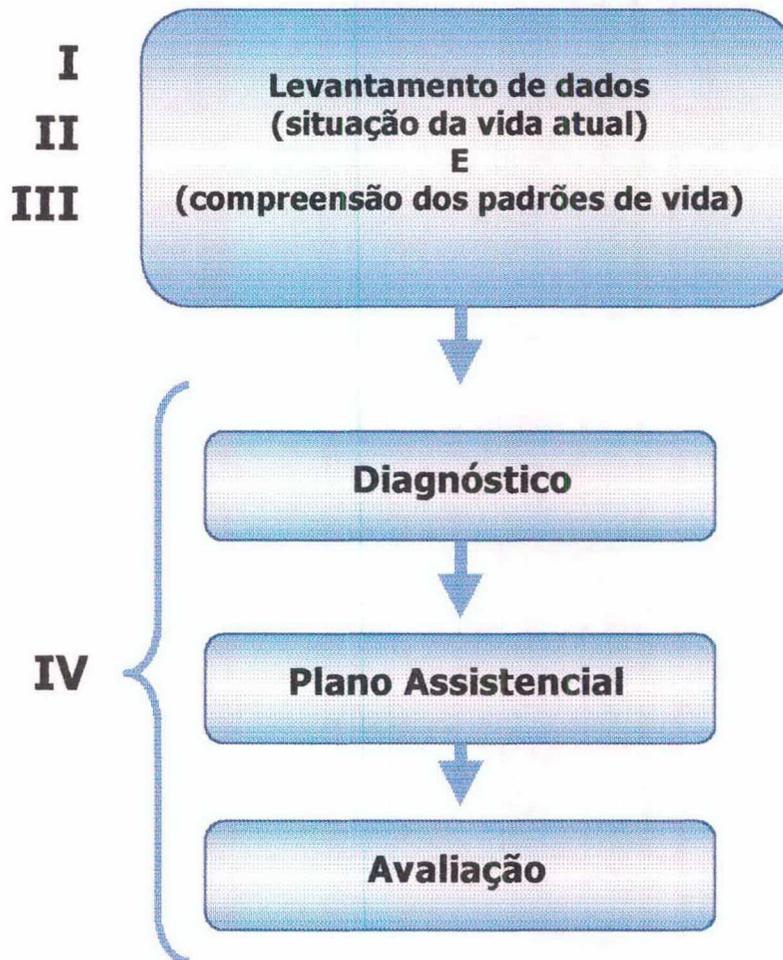
O **levantamento de dados**, identifica-se no nível I, onde a estrutura social e a visão de mundo das variadas culturas são identificadas.

O nível II, entende-se como o reconhecimento da **situação de vida atual**, onde o enfoque cultural no indivíduo/ família/ grupos / e instituições são observadas.

No nível III, após o reconhecimento do indivíduo como integrante de um sistema de saúde, em que a equipe de enfermagem atua como elo de ligação entre o sistema popular e profissional, **compreende-se o padrão de vida** da variadas culturas.

No nível IV, requer a identificação (**diagnóstico**), planejamento (**plano assistencial**), implementação e **avaliação**, baseando-se num processo de cuidados de enfermagem, culturalmente coerentes. Neste nível, através da identificação e interpretação dos problemas da família/indivíduo, pode-se diagnosticar e elaborar um plano de ação e interação junto a uma contínua avaliação, modificando os cuidados culturalmente, no que for necessário.

## PROCESSO DE ENFERMAGEM



Fonte: MONTICELLI, M; ALONSO, I, L, K; LEOPARDI, M.T. Madeleine Leininger: teoria de Enfermagem Transcultural. In: LEOPARDI, M,T. **Teorias em enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Papa Livro, 1999. p.101.

Utilizamos como instrumento para a prática assistencial, um registro diário do processo de cuidado cultural de enfermagem (em anexo 3), constando das seguintes etapas;

- reconhecimento da situação cultural e de saúde da família;

- definição da situação da família;
- planejamento do cuidado;
- implementação do cuidado;
- evolução do cuidado.

#### 4.7 Conceitos:

Ser Humano é um ser único, indivisível, singular, que traz consigo crenças, valores, sentimentos próprios tanto pessoais quanto sócio-culturais. Este ser humano interage durante toda a sua vida com os outros seres humanos e devido a essa interação compartilha e aprende a visualizar e compreender significados e papéis sociais que o auxilia durante todo o processo de viver (MONTICELLI, 1997).

A enfermagem como profissão, atua neste contexto através do respeito a cultura pessoal de cada ser humano, nitidamente demonstrado pela aplicação do cuidado cultural pela enfermeira.

Segundo Monticelli, Alonso e Leopardi (1999), o cuidado é essencial para a manutenção a saúde e sobrevivência dos seres humanos, quando este é bem aplicado, percebe-se uma melhoria no bem-estar, na saúde, na cura, no crescimento, na sobrevivência e no enfrentamento das dificuldades e/ou da morte dos indivíduos. Nota-se que para alcançar a cura necessita-se primeiro cuidar.

O cuidado não abrange o ser humano como um todo, é necessário que a preocupação, inicialmente se volte, para a cultura que aquele ser humano traz consigo, buscando com isso o casamento do cuidado, com a cultura que cada pessoa possui, assim percebe-se uma melhor aceitação quanto aos cuidados profissionais e por consequência a obtenção de resultados mais satisfatórios e benéficos tanto para o profissional quanto para as pessoas assistidas (MONTICELLI, ALONSO e LEOPARDI, 1999).

A interação do cuidado profissional, que é adquirido através da formação, ensino, conhecimento sobre saúde, doença e desenvolvimento de habilidades práticas, com o cuidado popular, que é compreendido como o conjunto de conhecimentos populares e habilidades culturalmente aprendidas e transmitidas para proporcionar ações de assistência que visam o

bem estar do indivíduo, é essencial para obtermos uma melhora do ser humano por inteiro, pois busca-se primeiro a compreensão de suas crenças pessoais e a incorporação de ações profissionais neste cuidado.

Para Faria (1995), o processo de comunicação em saúde, em especial no âmbito da enfermagem, tem como finalidade o estabelecimento de formas de relacionamento com a clientela, através do processo comunicacional, como um pilar básico para a transformação assistencial nos serviços de saúde.

No processo de trabalho na saúde, o processo informacional que pressupõe um processo comunicacional é um, dos instrumentos mais importantes que se interpõe entre o trabalhador e o objeto, mesmo porque este não é algo inanimado, sem emoções, sem cultura, sem estímulos – é sujeito (FARIA, 1995, p.56).

A visão de mundo que cada ser humano traz consigo, é a maneira encontrada pelas pessoas de visualizarem o que está ao seu redor. Dentro desta visão de mundo que cada ser humano apresenta, encontra-se uma diversidade enorme no modo de ver e de viver a vida. Percebe-se que as crenças, valores, significados, modelos, estilos de vida diferem de uma pessoa para outra e que fazem a diferença na hora de interagir durante uma assistência prestada. Nestas horas o profissional deve estar atento e buscar através do significado das ações de cada indivíduo, subsídios para introduzir e fazer valer os cuidados e assistências profissionais. Neste ínterim, insere-se a universalidade, que é mantida e posta em prática de acordo com a busca da significação dos valores, crenças e maneiras de ser viver das pessoas, semelhantes ou diferentes entre si, permitindo com isso meios para ajudar as pessoas (WELCH, 1999).

Deve-se, entretanto, visualizar o indivíduo não somente como um ser único, mas também perceber que o mesmo encontra-se inserido em um contexto familiar, onde o cuidado familiar é definido de acordo com as crenças, valores, significados de cada família e desenvolvidos ao longo de todo o crescimento e processo de viver (ELSEN,1984; ALTHOFF,2001; apud ELSSEN, 2002).

“A família é parte integrante de um ambiente sócio-cultural. Isto significa que crenças, valores, símbolos, significados, práticas e saberes são construídos, compartilhados e ressignificados nas interações sociais, e como tais, influenciam e são influenciados pelas famílias” (ELSEN, 1984; BOEHS, 2001; NITSCHKE, 1991, apud ELSSEN, 2002, p. 14).

Família é uma unidade dinâmica, com identidade que lhe é peculiar, constituída por seres humanos unidos por laços de sangue, de interesse e/ou afetividade, que percebem como família, que convivem por um espaço de tempo construindo uma história de vida. Os membros da família possuem, criam e transmitem crenças, valores, conhecimentos e práticas de saúde, têm direitos e responsabilidades, desenvolvendo um estrutura e uma organização própria. Estabelecem objetivos de vida e interação entre si e com outras pessoas e grupos, em diferentes níveis de aproximação. A família está inserida em um determinado contexto físico, sócio cultural e político, influenciando e sendo por ele influenciado (ELSEN; ALTHOFF; MANFRINI, 2001, p. 93).

Família saudável, considera-se uma unidade que positivamente se auto-estima, onde seus membros convivem e se percebem como família mútua, com uma estrutura e organização flexível de definir objetivos e promover meios para o crescimento, desenvolvimento, a saúde e o bem-estar de seus membros. A família saudável se une com laços de afetividade, demonstrados por carinho e amor, sempre com liberdade de expor sentimentos e dúvidas, compartilha crenças, valores, conhecimentos e práticas, aceita individualidades. Conhece e usufrui direitos, enfrenta crises, conflitos e contradições, recebendo e dando apoio a seus membros e pessoas significativas. Atua sempre consciente no seu ambiente, interage dinamicamente com outras pessoas e famílias, transformando e sendo transformada. A família e seus membros, desenvolvem experiências e constroem sua história de vida (ELSEN, ALTHOFF, MANFRINI, 2001).

A saúde, neste contexto familiar e profissional, é vista como um bem-estar, culturalmente definido, avaliado e praticado que reflete a capacidade que os indivíduos (grupos), possuem para realizar atividades cotidianas, de uma forma culturalmente satisfatória. A saúde/ser saudável é entendida como algo universal em todas as culturas, embora definida no âmbito de cada cultura. Assim, a saúde/ser saudável é universal e diversificada (GEORGE, 1993).

Diante toda essa situação vivenciada, entende-se por contexto ambiental, “a totalidade de uma ação, de uma situação ou de algumas experiências particulares que dão sentido as expressões, interpretações e interesses sociais humanos em determinados contextos físicos, ecológicos, políticos, sócio-econômicos e/ou culturais” (WELCH. et al. 1999, p. 446).

## 5 CONTEXTUALIZAÇÃO DO LOCAL DE ESTÁGIO

### 5.1 Breve história do bairro

Segundo Koerich e Silva (1998), Campinas no ano de 1920, era habitada pelas famílias de João Teodoro, João Machado, Francisco Cardoso, Tio Preto e Cipriano Duarte.

A região era um banhado extenso, com pequenas plantações, principalmente de mandioca. Campinas era uma região que servia como pousada para os tropeiros vindos da região serrana, que faziam suas sestiadas e também abrigavam o gado que traziam para vender no matadouro.

Os carroceiros ali paravam, para um breve descanso ou mesmo uma pernoite, logo seguindo viagem para a Capital. No Estreito, com auxílio dos barcos, pois ponte não existia, transportavam mercadorias como; melado, farinha de mandioca, cachaça...negociando-as no mercado.

Pela ausência de luz elétrica, só os corajosos ousavam sair de suas casas à noite, havendo nesta região muitos cachorros, pela existência do matadouro.

Reuniões e diversões das famílias aconteciam em uma raia, onde nos sábados e domingos eram realizadas animadas corridas de cavalos. Próximo a raia, localizava-se o aeroclube.

Frei Hilário inicialmente rezava suas missas na casa da escola, após na casa de Dona Frida, improvisando um altar que era feito de caixas, depois de algum tempo a capela ficou pronta.

Campinas tornou-se Paróquia em 11 de fevereiro de 1970, sendo o seu primeiro pároco o Monsenhor Vendelino Hobold.

Koerich e Silva (1998), registraram sucintamente a história das primeiras famílias que se estabeleceram em Campinas e contribuíram para a formação de comunidade, os registros encontram-se em anexo 1.

## **5.2 Descrição do local de estágio**

O estágio foi realizado na Policlínica Municipal de Campinas, localizado à rua Jorge Lacerda, 193, em São José, SC (Conforme mapa - em anexo 2). Seu horário de funcionamento compreende de segunda à sexta-feira das 7:00 às 19:00 horas, sendo que o horário de funcionamento do Programa de Saúde da Família é de segunda à sexta-feira, das 8:00 às 12:00 e 13:00 às 17:00 horas.

Esta unidade de referência regional, constitui-se de uma estrutura física nova, de recentes instalações, inaugurada em 24 de setembro de 2001, seu espaço físico dispõe de 5 pisos de cores diferentes, para melhor identificação pelo cliente. As cores são dispostas das seguintes maneiras: 1º piso - cor azul / 2º piso – cor verde / 3º piso – cor rosa / 4º piso – cor azul / 5º piso – cor azul.

A moderna forma de se apresentar e um novo modelo de assistência à saúde, faz com que esta policlínica seja bem referenciada e de grande procura pelos clientes, que se deslocam muitas vezes, de longa distância para desfrutarem desse atendimento.

A Policlínica, por seu nível de complexidade, atende diversas especialidades, contendo em sua unidade de referência, duas equipes de Programa de Saúde da Família e uma de Programa de Agentes Comunitários da Saúde.

A Policlínica é disposta por andares, onde;

No *andar térreo*, localizam-se o balcão de agendamento, destinados à marcação de consultas e exames. O sistema de marcação de consulta para Clínico Geral, Pediatra, Ginecologia e Odontólogo, funciona da seguinte maneira: nas segundas-feiras, são distribuídas fichas para marcação de consulta para terça-feira e quarta-feira, nas quartas-feiras são distribuídas fichas para quinta-feira e sexta-feira e na sextas-feiras, são distribuídas fichas

No *terceiro andar*, localiza-se a Administração Geral da Policlínica, bem como Esterilização e distribuição de materiais, rouparia, vestiário. Neste mesmo piso, ocorre a marcação de exames, como: o ECG, eletro-esforço e ultra-sonografia, assim como agendamento para consultas com especialistas. Neste andar existem espaços em construção, destinados à adaptação de novos consultórios.

No *quarto andar*, estão localizados os Programas de Saúde da Família e o Programa de Agentes Comunitários da Saúde, sendo que os atendimentos relativos a estes programas, são realizados nos demais pisos, por consequência de os programas encontrarem-se em processo de implantação e mesmo por falta de equipamentos e instalações necessárias para a prática assistencial.

Neste andar, situa-se a sala de PSF, onde cada agente comunitário de saúde possui um armário individual para guarda de seus pertences e materiais, sistematizado de forma organizada e criativa, existindo também nesta sala, um mural informativo. Ainda neste piso, copa/cozinha, sala para educação continuada e três salas vazias.

Em relação aos serviços tercerizados, existem;

- os recursos laboratoriais, com parceria de três laboratórios próximos à Policlínica: Laboratório Continental, Laboratório Santa Filomena e Laboratório Bioclínico,
- os exames de ultra-sonografia são encaminhados para as clínicas: Campinas e DMI,
- os serviços de limpeza : Back (serviços especializados)

A equipe de saúde atuantes nesta Policlínica de Referência Regional de São José, são compostas por;

Cargo / Quantidade	Setor que atua
Auxiliar Administrativo / 03	Recepção – Marcação de Consultas – Medicamentos Especiais
Atendente de Saúde / 02	Farmácia – Prontuário
Serviços Gerais / 02	Telefonista – Esterilização
Auxiliar de Enfermagem / 06	Direção(3) – Teste Ergométrico, ECG – Preventivo – Odontologia
Técnico de Enfermagem / 19	Marcação de Consultas(2) – Esterilização(4) – Farmácia – Vacinação(2) – Curativo(2) – Imunização – SISVAN(2) – Odontologia(3) – Criança 21 – Pequenas Cirurgias

Cargo	Quantidade
Raio-X Odontológico	02
Odonto - Pediatra	01
Odontologia	09

Cargo	Quantidade
Pediatra	02
Pequenas Cirurgias	01
Oftalmologista	02
Cardiologista	01
Cardiologista - Pediatra	01
Clínico - Geral	03
Teste- Ergométrico	01
Urologista	02
Ginecologista	02
Mastologista	01

Cargo	Quantidade
Assistente Social	01

Cargo	Quantidade
Médica - PSF	01
Enfermeira -PSF (área 36)	01
Enfermeira - PSF (área 37)	01
Auxiliar de Enfermagem- PSF (área 36)	02
Auxiliar de Enfermagem PSF (área 37)	02
ACS - PSF (área 36)	05
ACS - PSF (área 37)	04
ACS - PACS	18

Cargo - Serviços Terceirizados	Quantidade
Serviço de limpeza	03
Almoxarifado	01
Arquivo	01

Programas desenvolvidos:

- Programa de Feridas Crônicas (policlínica);

- Grupo de diabéticos (policlínica);
- Planejamento Familiar (PSF);
- Saúde da Gestante e Puérpera (consultas policlínica e PSF);
- Consulta de enfermagem (hipertenso, diabético, idoso);
- Programa do Leite (policlínica).

A área de abrangência do Programa Saúde da Família (PSF), compreende os bairros de Campinas, Kobrasol e Praia Comprida, mas por estar em processo de implantação, atende áreas limitadas e parciais de Campinas e Kobrasol.

A comunidade tem uma característica urbana, comercial, sendo que os moradores apresentam um nível sócio-econômico médio-alto.

Os recursos sociais, da comunidade, estão sendo levantados pela equipe, pois a oficina de territorialização ainda não foi realizada. Cabe ressaltar que as lideranças do bairro de Campinas, estão se mobilizando para implantação de um Conselho Municipal de Saúde.

São sete os indicadores de saúde trabalhados no PSF: Hipertensão, Diabetes, Hanseníase, Tuberculose, Saúde da Criança, Saúde da Mulher e Saúde do Idoso; modelos de formulários que contêm informações sobre esses indicadores encontram-se em anexo 3. (Ficha de acompanhamento da criança (FAC), da gestante (ficha B-GES), de hipertensos (ficha B-HA), de diabéticos (ficha B-DIA), de tuberculose (ficha-TB), cadastro de informações familiar, relatórios da situação de saúde e acompanhamento das famílias na área/equipe (SSA2), registro de atividades, procedimentos e notificações (Ficha D), relatório de produção e de marcadores para avaliação (PMA2), ficha cadastral familiar – dados individuais, relatório diário de visitas domiciliares, requisição de exame citopatológico).

## **6 OPERACIONALIZAÇÃO DA PRÁTICA ASSISTENCIAL**

A Prática Assistencial de Enfermagem, foi realizado junto às famílias da área de abrangência de Campinas e Kobrasol - PSF/PACS, acompanhadas pelos ACS desta área, no período do estágio. O relato das atividades que foram desenvolvidas, descreveremos a seguir.

**Objetivo 1: Conhecer o processo de identificação dos problemas de saúde das famílias no PSF/PACS.**

**Estratégia :** durante o período de estágio as acadêmicas acompanharam e observaram a equipe de saúde , em especial ao ACS, no trabalho de identificação e registro dos problemas de saúde das famílias nos domicílios.

O trabalho diário, foi de observação e acompanhamento do trabalho dos ACS durante suas visitas domiciliárias junto às famílias sob sua responsabilidade. A relação da maioria do ACS com as famílias é de amizade e de reconhecimento de seus trabalhos, sendo que o trabalho, das acadêmicas de enfermagem não seria tão proveitoso, se não tivesse a participação do agente, como uma ligação de apoio com as famílias.

Conforme Gaio (2000), a convivência com a comunidade é importante para a compreensão mais profunda de valores, necessidades e sabedoria das classes populares. Assim, o ACS faz parte deste contexto, sendo ele fundamental na relação de educador e vigilante em saúde. Devido a relação que os ACS têm com os moradores, a tendência é que obtenham conhecimento da realidade local, conseguindo criar mecanismos e estratégias, que dificilmente os profissionais de saúde atingiriam em curto prazo.

As visitas dos ACS, se dão no período matutino e vespertino, cumprindo uma carga horária de 8 h/diárias. As visitas acadêmicas, ocorreram sempre no período matutino, com a participação do agente comunitário. As visitas eram agendadas previamente com os ACS, que no horário e data marcada eles aguardavam para que as visitas fossem realizadas.

Os ACS, por opção de escolha, não carregam durante as visitas aos domicílios, as fichas de acompanhamento ou cadastro, dos marcadores de saúde preconizados pelo PSF, sendo que o instrumento de registro é um caderno com suas anotações diárias.

Os assuntos abordados nas visitas dos ACS, às famílias, eram sobre as condições de saúde de cada membro da família (presença de alguma anormalidade ou patologia), ocorrência de internações hospitalares, a data da última visita ao médico ou a Policlínica. A boa interação entre os ACS e as famílias era algo notável, de saltar aos olhos.

Na presença de crianças nas famílias, eram levantadas informações sobre a última consulta, se o esquema de imunização estava atualizado, bem como outros questionamentos que constam na ficha de acompanhamento da criança.

Nos casos de hipertensos e diabéticos eram levantadas informações sobre a dieta, o uso adequado da medicação, a monitorização de pressão arterial ou glicemia e a data da última consulta. Devido a elevada incidência de casos de diabetes e hipertensão na região de Campinas e Kobrasol, o maior número de visitas domiciliares se destinou a famílias que apresentavam este tipo de problema.

Os agentes trabalham sobre os dados dos relatórios e cadastro das famílias, identificando como problemas de saúde, aqueles que são expressos pela própria família - reconhecidamente como problemas - e denominados, na linguagem profissional, como marcadores de saúde. No entanto sinais e sintomas característicos de uma doença, ainda não diagnosticada, que pode desencadear complicações, não chegam a ser identificados pelos agentes. Isto ocorre por uma falta de qualificação mais eficiente, que os habilite a atuar no sentido preventivo, ou mesmo no sentido de identificação do problema e seus devidos encaminhamentos.

A realidade encontrada no campo de estágio, foi de uma insatisfação geral dos ACS, que relatavam indignação diante da falta de maior capacitação. Estes relatam que foram introduzidos nos programas Saúde da Família e Agentes Comunitários, desprovidos de uma formação, ou ao menos uma sustentação teórico-prática mínima e necessária para a prática na

comunidade. Talvez isso seja, diante de outros fatores, a causa de insatisfações, desmotivação pela maioria dos ACS em desenvolver um trabalho diário e mais próximo, junto as famílias. Assim, o trabalho dos ACS consiste em cumprir tarefas, de estabelecer uma meta de produção, onde o processo mecânico de coleta de dados vigora, acarretando-lhes insatisfação ao trabalho.

Além desses fatores, tem-se também a questão de que os ACS, ligados ao Programa de Agentes Comunitários, estão desprovidos da cobertura de uma equipe de saúde. É muito evidente a importância do trabalho integrado dos ACS com a equipe de saúde junto às famílias. Sendo assim, esse agentes improvisam o papel de psicólogo, (onde escutam os problemas das famílias, mas estão impotentes para resolvê-lo) e de amigo, no sentido de somente acompanhar e confortar a família em seus “desabafos”.

Fala de uma das agentes (PACS):

*“Temos vergonha de retornar às casas, pois somos chamados de chatos e inconvenientes muitas vezes, pois todas as vezes que retornamos, os problemas são os mesmos e ainda não resolvidos...”*

Segundo relatos dos agentes comunitários de saúde, eles sentem-se “rejeitados”, às vezes pela família, às vezes pela equipe de saúde (na Policlínica). Na família, quando o agente é dispensado, devido ao fato de a família dizer, que não precisa da visita do ACS por possuir acesso a serviços de saúde por convênios ou planos de saúde particulares, ou mesmo quando enfrenta uma série de restrições impedindo o acesso às famílias, por exemplo, em condomínios (só com autorização do síndico, ou só por interfone), pessoas mau humoradas...

No Serviço de Saúde (equipe de saúde), principalmente os agentes do PACS, sentem-se desvalorizados, sem apoio (de uma equipe de profissionais) para os problemas que levantam na comunidade, realizando por isso, um trabalho incipiente, sem soluções, sem continuidade e sem resolutividade.

Constatamos que o trabalho dos agentes, também envolve um processo de informação do Serviço de Saúde para a comunidade e vice-versa, mas somente nas famílias que são acompanhadas pelo Programa Saúde da Família, o agente informava o dia, a hora e local de reunião de grupos, palestras, oficinas, ou mesmo algum tipo de informação relacionada ao serviço assistencial, o que não ocorre no PACS.

“O PACS, quando bem implantado, possibilita a organização dos serviços municipais de saúde, pois ele levanta informações que possibilita aos municípios definir as Políticas de Saúde que atendam as necessidades epidemiológicas de cada região” (GAIO. 2000, p.13).

**Avaliação:** Tendo em vista as práticas exercidas, o objetivo foi alcançado no que se refere ao acompanhamento do trabalho dos ACS junto a uma das famílias sob sua responsabilidade, observando o processo de identificação e os registros dos problemas da saúde.

**Objetivo 2: Conhecer o significado dos problemas de saúde na perspectiva das famílias e na ótica dos ACS.**

**Estratégias:** As estagiárias, aplicaram um questionário (em anexo 4, como Instrumento de Entrevista), desenvolvido durante os primeiros dias, com perguntas estruturadas, afim de conhecer o significado de problemas e necessidades de saúde, para os ACS e as famílias, sendo que as respostas foram categorizadas em quatro dimensões; social, biológica, emocional e espiritual.

O questionário foi aplicado com 10 ACS (8 ligados ao PSF e 2 ao PACS). A amostra de famílias, foi constituída por aquelas apontadas pelos ACS que apresentavam problemas de saúde relevantes para o referido trabalho.

**“QUAL O SIGNIFICADO DE PROBLEMA DE SAÚDE E  
NECESSIDADE DE SAÚDE NA VISÃO DAS FAMÍLIAS E  
DOS ACS?”**

O instrumento utilizado foi uma entrevista estruturada, com pergunta fechada, agrupadas em quatro dimensões e categorizadas em dimensões (social, biológica, emocional e espiritual) – em anexo 4.

“Problema de saúde significa”, na dimensão biológica algo que causa dor fisicamente. Na perspectiva emocional, está relacionada com algo que entristece o viver; espiritualmente é tido como uma experiência de vida que leva ao crescimento espiritual e na visão social esta relacionada a algo vergonhoso, diante dos amigos, vizinhos, familiares, algo incapacitante,

que traz limitações para o trabalho, para o lazer e ao fato de não se ter uma estrutura assistencial adequada.

“Problema de saúde sempre traz consigo” em uma dimensão biológica, uma incapacidade física ou uma dor física; na perspectiva emocional se refere a ; espiritualmente é compreendida como, uma oportunidade para repensar valores, a própria vida e, na ótica social, está diretamente ligado a uma invalidez, uma limitação para o trabalho, para o lazer, e uma crítica ao sistema de saúde;

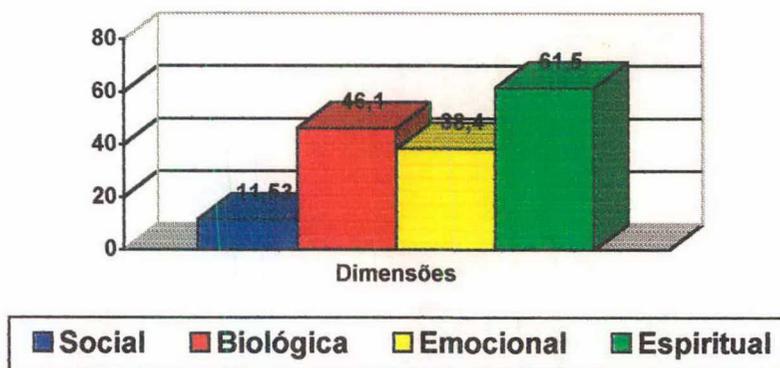
“Para ter saúde é necessário” segundo a compreensão em uma dimensão biológica, se refere a ter bons hábitos higiênicos pessoais e no ambiente de moradia; bem como ter uma boa alimentação; fazer exames médicos periodicamente; estar com esquema de imunizações sempre atualizadas; não ter nenhum tipo de doença; não ter doença grave; não ter doença contagiosa; não usar drogas, incluindo a alcoolismo; ter uma vida sexual regrada; realizar exercícios físicos. Sob uma ótica emocional, para ter saúde é preciso sentir-se contente, feliz, em paz consigo mesmo e com os outros. Espiritualmente esta necessidade é manifestada através da pratica de uma religião, de ser ter fé em algo ou em alguém. Na ótica social, para que se tenha saúde é necessário, não usar drogas, incluindo o alcoolismo, deve-se ter vida sexual regrada; deve-se poder desfrutar do lazer com os amigos e familiares; ter um emprego, estabilidade financeira; ter estrutura de apoio social .

“Problema de saúde” esta ligado biologicamente a uma indisposição física, mesmo sem ter um diagnóstico médico definido, a qualquer tipo de doença diagnosticada pelo médico, a uma doença contagiosa diagnosticada pelo médico. Emocionalmente está relacionado a um desconforto emocional: tristeza, desânimo, incômodo. Espiritualmente é associado a falta de sorte, vontade do destino, vontade de Deus e socialmente é tido como mau olhado, inveja, desavenças, intrigas pessoais e falta de estrutura social de saúde.

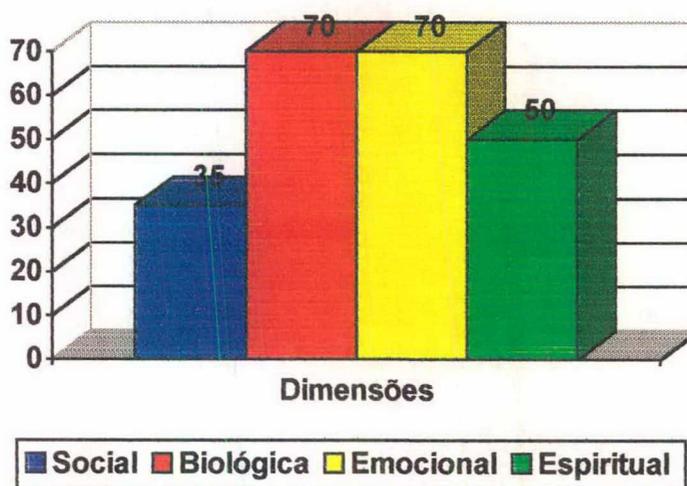
“Resolução dos Problemas de saúde” pode se dar através do sistema popular, que seria pela própria família, pelos amigos e vizinhos; pela benzedeira – através de simpatias, remédios e chás caseiros ou através do sistema profissional composto pela equipe de saúde: médicos, enfermeiras, ACS, outros profissionais da saúde.

Os resultados dos dados obtidos nas entrevistas realizadas com os ACS e com as famílias são apresentados a seguir sob a forma de gráficos.

**Gráfico 1 - “Significado de “problema de saúde”, segundo as famílias,**

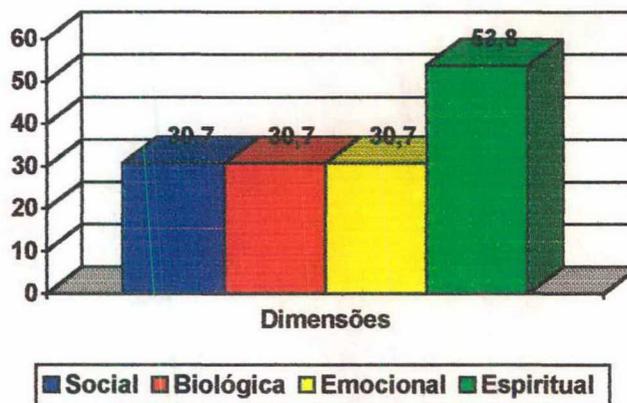


**Gráfico 1a - “Significado de “problema de saúde”segundo os ACS,**

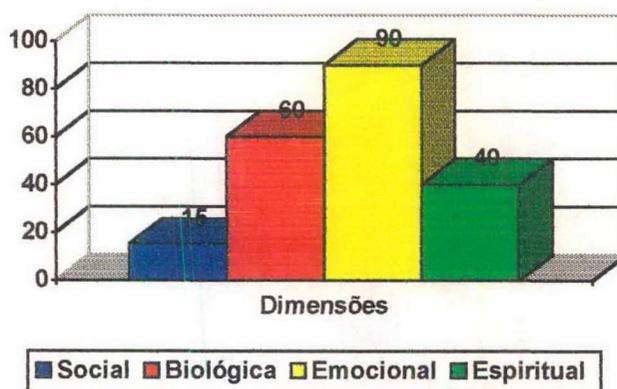


Conforme o gráfico apresentado acima, o significado de problema de saúde teve um destaque na dimensão espiritual, seguindo-se as dimensões biológica, emocional e social, respectivamente. Já na opinião dos ACS, o significado de problema de saúde se encontra igualmente nas dimensões biológica e emocional, seguida pela dimensão espiritual e por fim a dimensão social. Observa-se claramente a influência cultural na opinião das famílias, representada através do grande enfoque na dimensão espiritual; ao contrário ocorre na opinião dos ACS, que manifestam, em primeiro plano, as dimensões biológica e emocional, predominante na cultura dos profissionais de saúde.

**Gráfico 2** - “Problema de saúde traz consigo”, segundo as famílias,

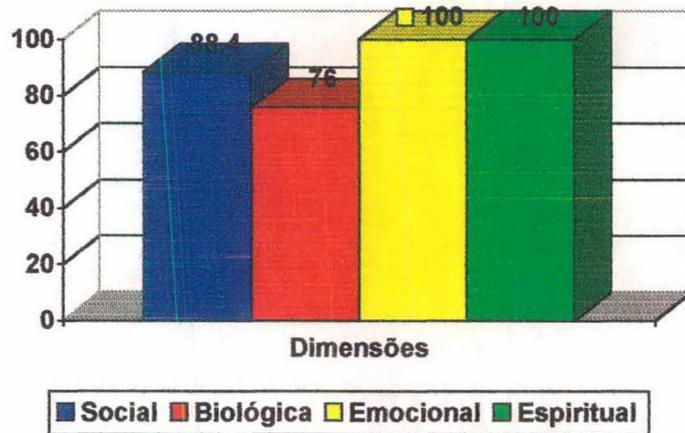


**Gráfico 2a** - “Problema de saúde traz consigo”, segundo os ACS,

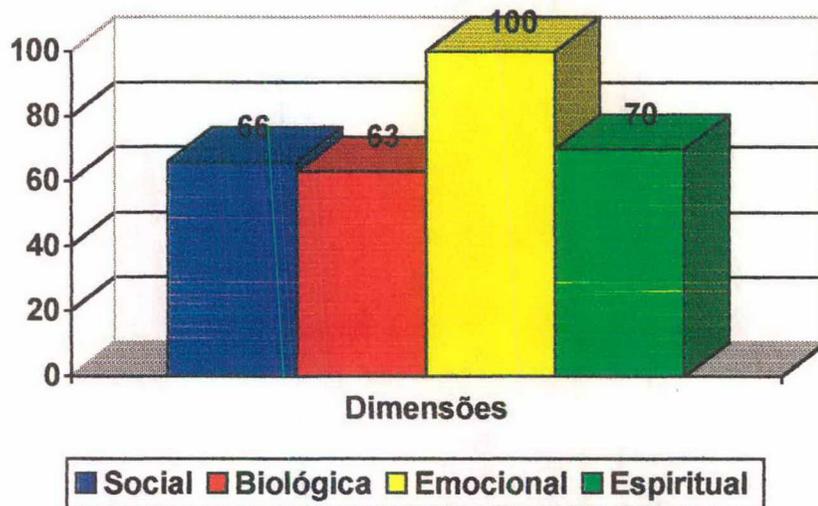


Como mostram os gráficos acima, para as famílias o destaque foi novamente a dimensão espiritual, seguida, igualmente, pelas três demais dimensões: biológica, emocional e social. Já na opinião dos ACS, o destaque foi para a dimensão emocional, seguida pelas dimensões: biológica, espiritual e social, respectivamente. Novamente constata-se a influência cultural nas famílias reveladas no destaque da dimensão espiritual, divergindo da opinião dos ACS, que priorizam a dimensão emocional, como consequência de um problema de saúde.

**Gráfico 3** – “Uma necessidade de saúde é acima de tudo”, segundo as famílias,



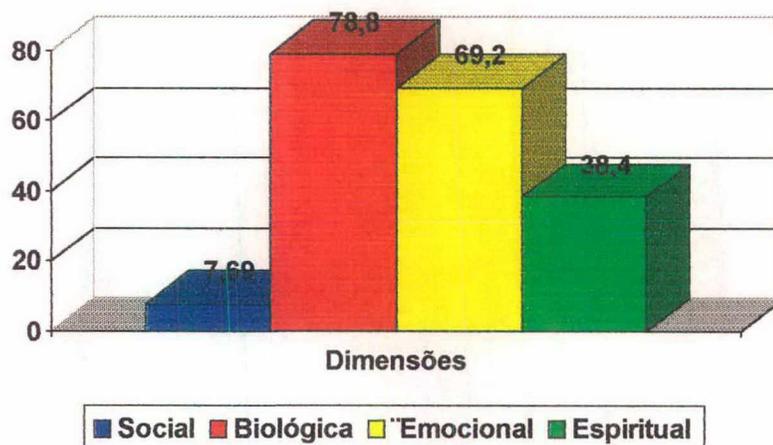
**Gráfico 3a** – “Uma necessidade de saúde é acima de tudo”, segundo os ACS,



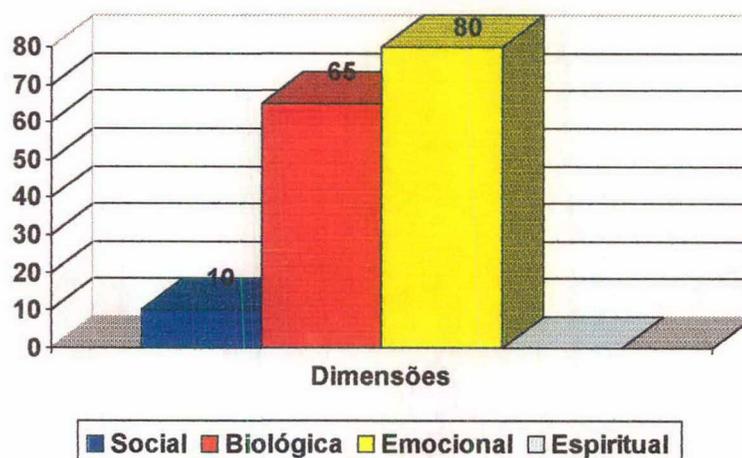
Os resultados apresentados nos gráficos acima demonstraram que: para as famílias as dimensões emocional e espiritual tem forte relação com a necessidade de saúde, seguida pelas dimensões social e biológica. Para os ACS a dimensão emocional também se revelou a mais importante quando se fala das necessidades para manter a saúde, porém a dimensão espiritual não teve a mesma prioridade, mas teve o segundo nível de importância, seguindo-se as dimensões social e biológica, respectivamente. Para as famílias uma necessidade de saúde tem tanto uma conotação psicológica (emocional) quanto cultural (valores, crenças, etc). Já para os ACS uma necessidade de saúde vem, automaticamente ligada as dimensões (social e

biológica) apresentando-se na mesma ordem de importância para ambos ou seja: dimensão social e biológica, respectivamente.

**Gráfico 4** - “Um problema de saúde é sempre acompanhado de”, segundo as famílias,



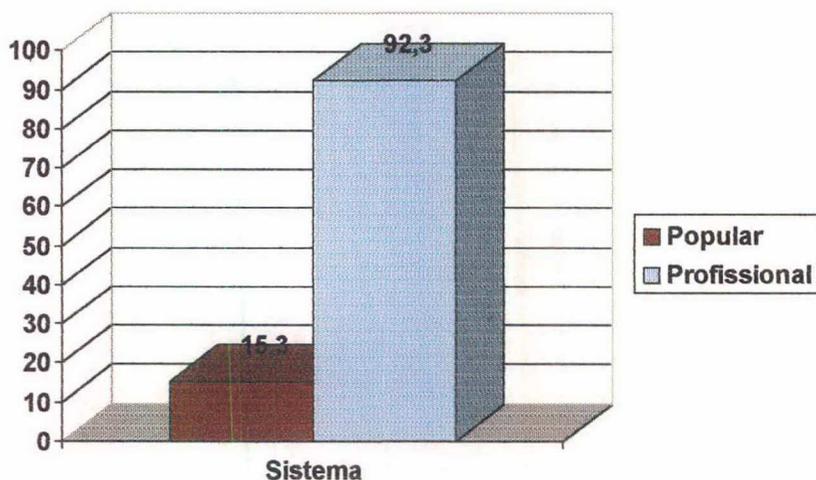
**Gráfico 4a** - “Um problema de saúde é sempre acompanhado de”, segundo os ACS,



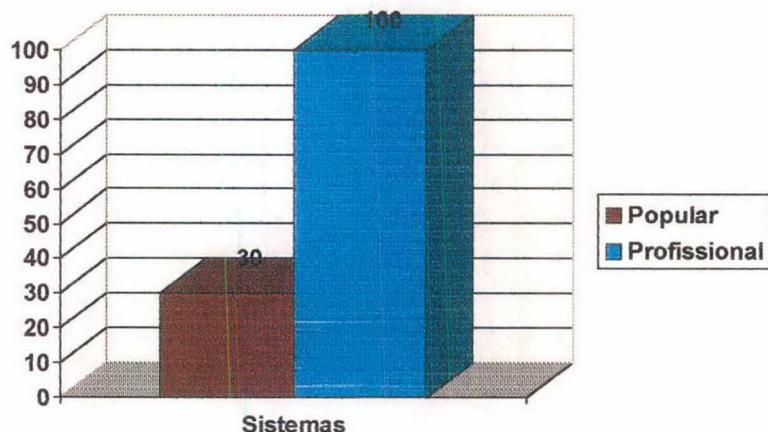
Os gráficos acima revelam que para as famílias um problema de saúde é sempre acompanhado de uma manifestação física e biológica, seguida pelas dimensões emocional, espiritual e social, respectivamente. Para os ACS, a dimensão que obteve maior destaque, ou seja, um problema de saúde é sempre acompanhado por uma manifestação emocional. Para as famílias a dimensão biológica é prioritária quando ocorre um problema de saúde, com uma conotação um pouco menor das manifestações emocionais. A dimensão espiritual, para as famílias, tem uma certa relação com os problemas de saúde. Já a dimensão social teve pouca relevância. Já para os ACS um problema de saúde tem forte relação com as emoções,

seguidos da dimensão biológica, fracamente manifestada na dimensão social e de nenhuma forma citado a esfera espiritual.

**Gráfico 5** - “Os problemas de saúde são resolvidos por quem?”, segundo as famílias,



**Gráfico 5** - “Os problemas de saúde são resolvidos por quem?”, segundo os ACS,



Como apresentam os gráficos acima, pode-se perceber que tanto para as famílias quanto para os ACS o sistema profissional continua sendo o mais procurado para a resolução dos problemas de saúde. Para as famílias revelou-se uma baixa incidência na procura do sistema popular para a resolução de seus problemas. Ainda que para as famílias o sistema profissional é primeiramente selecionado para a resolução dos seus problemas de saúde, observou-se que para algumas famílias, o sistema popular, ou seja, os membros da sua própria família, os vizinhos, amigos, colegas, conseguem sanar alguns de seus problemas sem necessitar buscar o sistema profissional. Já na ótica dos ACS, embora o sistema popular também se fez presente,

houve unanimidade na opinião destes; de que as famílias buscam a resolução de seus problemas de saúde junto ao sistema profissional, embora entenda que possa haver o auxílio do cuidado familiar (popular) neste processo.

**Avaliação:** Os problemas e necessidades de saúde têm significados diferentes para as famílias e para os ACS que participam no processo de saúde e doença destas.

Constatou-se que o problema de saúde para as famílias tem uma conotação mais cultural do que para os ACS que tem uma visão mais biologicista.

Quando se fala em necessidade de saúde, ou seja, condições necessárias para ter saúde, para as famílias isso tem tanto um significado emocional quanto espiritual, ou seja, é ligadas tanto as emoções quanto às questões espirituais, as experiências da própria vida. Já para os ACS uma necessidade de saúde vêm, diretamente relacionada as emoções e em segundo plano aos aspectos espirituais, compreendida como crescimento espiritual.

Constatamos portanto que não ocorre uma sintonia entre os comunicantes quanto aos significados destes aspectos.

Para as famílias, praticamente, todas as questões se enquadram na dimensão espiritual, levando-nos a constatar a presença marcante da influência cultural (mística, religiosidade), quando se trata de um problema de saúde e/ou uma necessidade de saúde. Já na visão dos ACS uma grande parte das respostas destacaram a dimensão biológica como a mais importante e a primeira a ser trabalhada e/ou recorrida, quando o assunto está relacionado a um problema de saúde e/ou necessidade de saúde. Isso pode advir da cultura dos profissionais de saúde, que em parte tenham aderido a essa linha de pensamento. Uma vez parte da equipe de saúde, os ACS também aderem a essa visão.

Diante dos resultados obtidos junto as famílias e aos ACS, nós observamos e constatamos que se fez necessário trabalhar com ambas as partes no sentido de buscar uma sintonia no processo de comunicação em saúde.

Nesta processo primeiramente é preciso levar aos ACS `a compreensão sobre a importância de se conhecer e considerar a cultura das famílias para aproximar-se mais do real contexto de vida desta.

A falta de sintonia, dos significados dos problemas e necessidades de saúde entre as famílias e os ACS, no processo comunicativo, pode interferir, sobremaneira, na confiabilidade

dos dados estatísticos, nos quais o sistema de saúde se fundamenta para estabelecer propostas e metas.

**Objetivo 3: Conhecer o fluxo e o processamento das informações sobre a saúde das famílias, identificadas pela equipe PSF/PACS nos domicílios – nos níveis local e central.**

**Estratégias:** Durante o período de estágio, as acadêmicas acompanharam e observaram o registro, o processamento e o encaminhamento das informações de saúde das famílias, junto a equipe de PSF/PACS em nível local e também junto a equipe da Diretoria de Vigilância Epidemiológica no nível central.

O trabalho constante foi o acompanhamento diário do trabalho dos ACS, observando suas abordagens junto às famílias, suas dificuldades, bem como a identificação e o processamento das informações colhidas direto na fonte (família).

As informações colhidas pelos ACS nas famílias – o início de toda uma trajetória de informações- são encaminhadas diretamente para as enfermeiras do PSF/PACS.

No final de cada mês, em data previamente marcada, as enfermeiras recebem e analisam junto aos ACS, as informações que constam em seus relatórios e registros diários, buscando esclarecimentos em casos de informações incoerentes. Esse processo é denominado “dia de fechamento de produção”.

Na experiência de Gaio (2000), os marcadores de saúde que cada ACS, identifica em sua micro-área, são apresentados mensalmente ao Enfermeiro, na forma do relatório do SIAB. Estes são compilados e apresentados na globalidade da área de abrangência do Centro de Saúde. Para se ter uma noção total da comunidade.

Estas são as fichas de acompanhamento, que deveriam ser preenchidas a cada visita realizada, para auxiliar nas anotações dos indicadores de saúde preconizados pelo PSF:

- Acompanhamento da criança,
- Acompanhamento da gestante,
- Acompanhamento de hipertensos,
- Acompanhamento de diabéticos,
- Acompanhamento de tuberculose,
- Acompanhamento de hanseníase,

- Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias na área/equipe,
- Relatório de produção e marcadores para avaliação,
- Registro de atividades, procedimento e notificações,
- Ficha cadastral familiar – dados individuais,
- Cadastro de informações familiar, (SMS-São José),
- Registro diário de visitas domiciliares (SMS-São José),

Os ACS, preenchem e entregam à sua Enfermeira supervisora as seguintes fichas:

*Relatório de situação de saúde e acompanhamento das famílias na área/equipe*, constando informações específica sobre crianças, gestantes, diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculose e hanseníase, informações sobre internações hospitalares, óbitos. Totalizando o mês com o número de famílias cadastradas e o número de visitas domiciliares realizadas no mês pelos ACS, individualmente.

*Registro diário*, constando data, hora, número da família e assinatura do responsável (família), totalizando também o número de famílias visitadas.

Durante o decorrer do estágio, participamos, no final do mês, do fechamento de produção dos ACS (PSF/PACS), identificando as incoerências nos registros, como;

- Do total de famílias cadastradas em cada uma das áreas, poucas são efetivamente acompanhadas no seu processo de saúde e doença pelos ACS.
- Um número aumentado de crianças, ou gestantes... sendo que não houve alteração no número de famílias cadastradas, em relação ao mês anterior,
- Um número diminuído de crianças, ou gestantes, sendo que aumentou o número de famílias cadastradas, em relação ao mês anterior,
- Duplicação do registro, relacionada a faixa etária de uma mesma criança – já cadastrada anteriormente em faixa etária menor, passando - por uma questão de aumento de idade – para outra faixa etária, ou seja, sendo cadastradas em duas faixas etárias simultaneamente,
- Acima de 50%, consta no registro diário de visita domiciliar, consta “*ninguém em casa*”, dado este registrado como visita domiciliar efetuada. (fato vivenciado durante o período de estágio pelas acadêmicas).

Questiona-se neste caso, a confiabilidade dos dados ou informações coletadas pelos ACS, junto as famílias. Cabe ressaltar que, os números levantados com relação as famílias cadastradas, acompanhadas e os marcadores de saúde identificados, transitam em vários níveis do Sistema de Saúde, até confluírem no Ministério da Saúde, onde subsidiam as metas de Assistência à Saúde da população.

Após a análise das enfermeiras das equipes PSF/PACS, em nível local, os relatórios são encaminhados, junto com os demais relatórios de todos os profissionais da equipe de saúde à Secretaria Municipal de Saúde - Prefeitura Municipal de São José – especificamente à coordenação do Programa Saúde da Família.

Como a Policlínica Municipal de Campinas, não possui um sistema informatizado próprio para a informatização destes dados, os relatórios manuscritos são enviados ao SIAB/SIA, que armazenam os dados em uma disquete .

Para o SIA, são encaminhados relatórios referentes ao Sistema de Informações Ambulatoriais,

Para o SIAB (Sistema da Informação de Atenção Básica), são encaminhados os seguintes relatórios da equipe PSF/PACS:

**Relatório PMA2 = produção da equipe de saúde**, consolida mensalmente a produção de serviços e a ocorrência de doenças e/ou situações consideradas como marcadores por área.

Os marcadores são eventos mórbidos ou situações indesejáveis que devem ser notificadas mensalmente com o objetivo de, a médio prazo, avaliar as mudanças no quadro de saúde da população adscrita.

Segundo Brasil (1997), mensalmente o enfermeiro da equipe responsável pela consolidação dos dados , recolhe as fichas B-GES e D de todos os profissionais e as armazena neste instrumento, encaminhando cópia para a Secretaria Municipal de Saúde e retendo uma via na unidade, para discussão em reunião mensal da equipe.

**Relatório SSA2 = resumo mensal dos ACS, por equipe**, consolida informações provenientes da fichas A, B, C, D, devendo preencher no início do mês com dados dos dias 1 a 31 do mês anterior. São referentes a, no máximo, 10 micro-área de uma mesma área.

Segundo Brasil (1997), o trabalho de consolidação dos dados deve ser realizado mensalmente, durante a reunião da equipe, sendo responsabilidade do enfermeiro supervisor/instrutor a condução das atividades, bem como o preenchimento desses relatórios.

A equipe que coordenadora do PSF averigua e analisa os dados recebidos das Unidades Assistenciais que, posteriormente são digitados. Um disquete, contendo essas informações é encaminhado mensalmente a 18º Regional de Saúde, que segue à Secretaria Estadual da Saúde e que, por fim, chega à Brasília – Ministério da Saúde .

**Avaliação:** Consideramos que o objetivo foi alcançado, pois as acadêmicas, acompanharam a trajetória do fluxo de informações sobre a saúde da família levantada no domicílio, e como são processados e encaminhados para os outros níveis.

Constatamos que as informações obtidas junto as famílias no domicílio, pelos ACS, seguem através de relatórios, uma longa e burocratizada trajetória até chegarem à Coordenação do PSF e ao Ministério da Saúde – sem serem processados na Diretoria de Vigilância Epidemiológica do Município.

Percebemos que um grande número de dados coletados pelos ACS, tem uma finalidade estatística importante, mas não recebem uma atenção epidemiológica, no sentido de promover a melhoria da qualidade de vida das famílias. A vigilância epidemiológica atua com maior enfoque em nível de “notificação e ação”, além de atuar nos Sistemas de Informações à seguir apresentados.

**Objetivo 4: Conhecer a sistematização do processo de resolutividade dos problemas de saúde das famílias, identificados pelos agentes no domicílios, em nível local, na Policlínica de Referência Regional de São José e também em nível central, na Diretoria de Vigilância Epidemiológica na Secretaria Municipal de Saúde de São José.**

**Estratégia:** Durante o período de estágio, conhecemos os Programas de Saúde desenvolvidos na Policlínica de Referência Regional de São José e seus objetivos, acompanhando e observando o desenvolvimento das ações de saúde da equipe PSF/PACS, com vistas aos problemas de saúde das famílias, identificados pelos ACS.

Observo-se a inexistência de encaminhamentos e estratégias de intervenção propostas pelo nível central, em respostas aos problemas apontados pela equipe de saúde do PSF/PACS em nível local, através dos dados contidos nos relatórios.

Durante os 15 dias iniciais do estágio, as acadêmicas acompanharam as atividades profissionais diárias das enfermeiras do PSF/PACS.

Pelo fato de os bairros, Campinas e Kobrasol, não possuírem uma Unidade Básica/PSF, o trabalho da equipe de enfermagem se multiplica extraordinariamente no sentido de atender o

Programa Saúde da Família, na área de abrangência (Kobrasol/Campinas), coordenar o Programa de Agentes Comunitários, bem como atender os programas e os encaminhamentos advindos dos Centros de Saúde, por ser, a Policlínica uma Unidade de Referência Regional.

As enfermeiras do PSF, atuam diariamente em consultas à gestantes e puérperas, consultas à grupos de diabéticos e hipertensos, realizam o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (ACD) de crianças, trabalho de entrega do leite e suas devidas orientações. Realizam consultas, aconselhamentos e orientações sobre planejamento familiar, também entregam resultados dos exames preventivos de colo uterino, com esclarecimentos sobre o resultado do exame citopatológico cérvico-vaginal, elucidam dúvidas e fazem encaminhamentos, quando necessário. Organizam e coordenam reuniões com os ACS/PACS e com suas equipes de PSF. No período vespertino, juntamente com as tarefas já citadas, organizam temas para palestras educativas terapêuticas, reunindo grupos (todas as 4<sup>o</sup> feiras) em um espaço reservado para educação continuada. Dentre os grupos estão: - grupo de hipertensos, grupo de mulheres e grupo de reeducação alimentar (obesidade).

No período vespertino também são realizadas visitas domiciliares àquelas famílias - cadastradas no PSF - que necessitam de assistência no domicílio.

Na Policlínica, os Programas de Saúde e grupos terapêuticos oferecidos são;

- Programa Saúde da Família, (Programa Saúde da Mulher, Programa Saúde da Criança, grupos de mulheres, hipertensos e de reeducação alimentar),
- Programa de Agentes Comunitários da Saúde,
- Programa de Feridas Crônicas,
- Programa do Leite,
- Sisvan e Sis – Pré-Natal,
- Programa de Imunização,
- Grupo de diabéticos,

Quando se fala em processo de resolutividade dos problemas de saúde das famílias em nível local, pode-se relatar que existe uma tentativa de resolução, em casos emergenciais, onde são elaborados planos de intervenção e implementação assistencial às famílias nos domicílios.

A Policlínica de Referência Regional de São José, em fase de estruturação dos seus serviços, oferece as famílias o trabalho com grupos educativos de mulheres, diabéticos, hipertensos e de reeducação alimentar, respondendo ainda que, de forma insipiente, aos problemas identificados no domicílio das famílias, vinculadas ao PSF.

Em nível central, a Vigilância Epidemiológica, coordena o processo de coleta de dados – informações de saúde, o processamento desses dados realizando sua análise e interpretação, faz recomendação das medidas de controle apropriadas, coordena a promoção das ações de controle indicadas, avalia a eficácia e efetividade das medidas adotadas e divulga as ações pertinentes (dados esses, não especificamente relacionados ao PSF).

Como define a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90), a vigilância epidemiológica é

o conjunto de atividades que permite reunir a informação indispensável para conhecer, a qualquer momento, o comportamento ou história natural das doenças, bem como detectar ou prever alterações de seus fatores condicionantes, com o fim de recomendar oportunamente, sobre bases firmes, as medidas indicadas e eficientes que levem à prevenção e ao controle de determinadas doenças.

Conforme Brasil (2002), no âmbito do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica (SNVE), a Fundação Nacional da Saúde – FUNASA- que é a responsável pela coordenação do Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, define normas, procedimentos técnicos e diretrizes operacionais, além de promover a cooperação técnica e assessorar as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde.

A FUNASA trabalha para a promoção e disseminação do uso da metodologia epidemiológica em todos os níveis do Sistema Único de Saúde (SUS). Objetiva o estabelecimento de sistemas de informação e análises que permitam o monitoramento do quadro sanitário do país e subsidiem a formulação, implementação e avaliação das ações de prevenção e controle de doenças e agravos, a definição de prioridades e a organização dos serviços e ações de saúde.

O cumprimento das funções de vigilância epidemiológica depende da disponibilidade de INFORMAÇÕES que sirvam para subsidiar o desencadeamento das ações – INFORMAÇÃO PARA AÇÃO. A qualidade da informação, por sua vez, depende da adequada coleta de dados, que são gerados no local onde ocorre o evento sanitário (dado coletado).

A coleta de dados ocorre em todos os níveis de atuação de sistema de saúde. A força e valor da informação (que é o dado analisado) depende da qualidade e fidedignidade com que o mesmo é gerado.

A informação para a vigilância epidemiológica destina-se à tomada de decisões – INFORMAÇÃO PARA AÇÃO. A notificação compulsória tem sido a principal fonte da vigilância epidemiológica a partir da qual, muitas vezes, se desencadeia o processo informação – decisão – ação. A listagem nacional das doenças de notificação vigente está restrita a alguns agravos e doenças de interesse sanitário para o país e compõem o Sistema de Doenças de Notificação Compulsória, (como encontra-se em anexo 5). Entretanto, estados e municípios podem incluir novas patologias, desde que se defina com clareza o motivo e objetivo da notificação.

Segundo Brasil (2002), a implantação do SUS, requer que o Sistema de Informação em Saúde seja diferente, os indicadores escolhidos devem refletir a concepção em saúde que norteia o Sistema Único e devem subsidiar as análises necessárias ao seu desenvolvimento.

Um dos objetivos básicos do Sistema de Informação em Saúde na concepção do SUS, é possibilitar a análise da situação da saúde no nível local, levando em consideração as condições de vida da população no processo saúde-doença.

O registro rotineiro da dados sobre saúde, derivados da população de serviços ou de sistemas de informação sobre a ocorrência de doenças e agravos sob vigilância epidemiológica. Em âmbito nacional, há cinco grandes sistemas de informação:

- SIM, Sistemas de Informação de Mortalidade, agrega informações a partir das informações dos atestados de óbitos, criado em 1975 pelo Ministério da Saúde, sendo pioneiro no trabalho com eventos vitais e apoio ao Centro Brasileiro de Classificação de Doenças (CBCD). O SIM, foi implantado usando um instrumento de distribuição nacional – a Declaração de Óbitos (DO),
- SINASC, Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos, implantado oficialmente em 1990, trabalha a partir da Declaração de Nascidos Vivos (DN), emitidas pelas maternidades, casas de saúde e hospitais que realizam partos hospitalares e Cartórios de Registro Civil para partos domiciliares,
- SINAN, Sistema de Informação de Agravos de Notificação foi criado em 1990. Em 1975, a lei que instituiu o Sistema Nacional de Vigilância Epidemiológica, também criou a obrigatoriedade da notificação compulsória de algumas doenças, que era feito pelas Unidades de Saúde semanalmente através do preenchimento do Boletim Semanal de Doenças, essas eram consolidadas e enviadas às Secretarias Estaduais

de Saúde, que repassavam as informações ao Ministério da Saúde. O SINAN tem por objetivo, coletar e processar dados sobre agravos de notificação em todo o território nacional, fornecendo informações para a análise do perfil de morbidade e contribuindo para a tomada de decisões,

- SISVAN, Sistema de Informações de Vigilância Alimentar e Nutricional, destina-se ao acompanhamento do Programa de Combate as Carências Nutricionais – PCCE, busca apontar tendências quanto a distribuição geográfica e temporal da evolução deste tipo de problemas, atende através do Programa “Leite é Saúde”, crianças de risco para mortalidade infantil pela deficiência nutricional,
- SI – PNI, Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização, tem como objetivo contribuir para o controle, eliminação e /ou erradicação das doenças transmissíveis, com a imunização sistemática da população, o que traz dados relativos à cobertura vacinal de rotina em todos os municípios brasileiros.

Os dados derivados desses sistemas complementam os de notificação, tanto com relação a casos que deixaram de ser notificados, quanto por outras variáveis de análise.

A FUNASA, de acordo com o artigo quinto da Portaria nº1.399 de 15/12/1999, apresenta a Programação Pactuada e Integrada da Epidemiologia e Controle da Doenças – PPI/ECD.

Assim a Diretoria de Vigilância Epidemiológica da Secretaria Municipal de São José, elabora anualmente uma *agenda municipal de Saúde*. Esta estabelece uma Programação Pactuada e Integrada (PPI), acionando todos os setores e programas existentes na Secretaria Municipal de São José com ações e intervenções específicas.

O eixo de intervenção e os objetivos, se estabelece em cima dos seguintes indicadores (Agenda 2002):

- redução da mortalidade infantil e materna,
- controle de doenças e agravos prioritários,
- melhoria da gestão, do acesso e da qualidade dos serviços de saúde,
- reorientação do modelo assistencial e descentralização, desenvolvimento de recursos humanos do setor saúde ,
- qualificação e ampliação do controle social.

A coordenação central do PSF, está implementando, (desde abril de 2001), um processo informativo que visa divulgar para as equipes atuantes nos Centros de Saúde, as atividades desenvolvidas pelo PSF no município, com o detalhamento da produtividade de cada uma das equipes integrantes.

Esta é uma maneira de oportunizar às equipes, uma visão contextualizada da sua atuação no PSF.

Esse processo de informações em saúde, parece ter um significado importante para uma discussão concreta sobre as questões de resolutividade dos problemas de saúde, no entanto ainda não atingiu, efetivamente, a qualidade de vida das famílias.

Mesmo com as dificuldades estruturais iniciais, o PSF, no município de São José, está oportunizando uma aproximação entre a equipe de saúde e as famílias, com o serviço de visitas domiciliares, grupos terapêuticos, palestras educativas, bem como consultas médicas e de enfermagem garantidas. Sabe-se que uma mudança paradigmática requer tempo, para que, uma nova visão seja efetivamente acolhida. A substituição de um olhar biomédico e individualizado, para um foco familiar contextualizado implica em mudanças significativas de valores e da própria visão de mundo das equipes, com relação à saúde.

**Avaliação:** O objetivo foi alcançado. As acadêmicas conheceram os programas de saúde desenvolvidos na Policlínica, através do acompanhamento dos ACS, junto às famílias, bem como o trabalho realizado na Diretoria de Vigilância Epidemiológica

**Objetivo 5: Planejar a assistência de enfermagem no PSF/PACS, com especial atenção à coordenação do trabalho dos ACS.**

**Estratégia:** Partindo da observação realizada nos primeiros quatro objetivos já citados, planejamos a assistência de enfermagem no PSF/PACS, com especial atenção à coordenação do trabalho dos ACS, sempre buscando identificar e atender as necessidades de saúde da família em uma perspectiva cultural (cuidado popular), procurando compatibilizar, neste particular, os significados dos sistemas popular e profissional, através de um processo de negociação, afim de manter, acomodar ou repadronizar os cuidados de saúde nas famílias.

A partir do acompanhamento diário do trabalho dos agentes, identificamos algumas *fragilidades*, para o exercício diário de suas atividades e consideramos essencial, estabelecer um objetivo específico voltado à capacitação dos ACS (objetivo 8).

Acompanhando os ACS em suas visitas nos domicílios, as acadêmicas identificaram algumas famílias que necessitavam de um acompanhamento mais próximo, devido ao grande enfoque cultural que davam aos cuidados de saúde. Buscando atender as necessidades das famílias em uma perspectiva cultural ou seja, compatibilizando o cuidado popular com o cuidado profissional, passamos então, a planejar a assistência de enfermagem.

Diante da situação encontrada, eram estabelecidos planos de cuidados, a serem implementados nas próximas visitas. (em anexo 6 – Modelos de Processos de Cuidados Culturais).

Foram selecionadas três famílias.

**Avaliação:** Após o alcance dos objetivos anteriores, este objetivo foi considerado alcançado. No momento em que foi possível estabelecer um plano de cuidados junto as famílias a meta também foi considerada alcançada. O planejamento contemplou o cuidado cultural, frente as necessidades da família, buscando um entendimento compatível entre os significados profissional e popular.

**Objetivo 6: Implementar as ações de enfermagem planejadas – na Policlínica de Referência Regional de São José e na – comunidade, coordenando o trabalho dos ACS.**

**Estratégia:** Foi implementado um plano de cuidados culturais, junto à três famílias selecionadas.

#### **“FAMÍLIA MAR”**

É composta por 4 membros: pai, mãe, filha e neta. Residem no bairro Campinas em São José. Os quatro membros moram na mesma casa e levam uma vida simples com bastante sacrifícios, porém com disposição e bom humor. O senhor “M” é aposentado por motivo de doença, a senhora “M” é do lar, a filha tem comércio próprio e a neta ainda é uma criança. Os problemas de saúde se encontram no casal, o senhor “M” tem hipertensão e leucemia e a senhora “M” tem hipertensão e diabetes. O senhor “M” cuida-se bastante, vai ao médico, cuida da alimentação, faz caminhadas, está sempre preocupado com a sua saúde; ao contrário sua esposa, que diz não ter nada, não procura ajuda, não vai ao médico, não cuida da alimentação, não está nem um pouco preocupada consigo mesmo e com a sua saúde. Após várias visitas, o senhor “M”, desde o início escutou com atenção as informações dadas pelas acadêmicas e apenas complementou os seus conhecimentos e cuidados perante a hipertensão.

Já a senhora “M” no início agiu de maneira contrária a tudo o que lhe foi explicado , não dava muita atenção a que era transmitido e depois de muitas visitas e mais informações , conseguimos perceber o início sutil de um processo de repadronização de alguns hábitos. Marcamos uma consulta médica e mostramos a ela o risco que o excesso de sal na alimentação pode causar a hipertensão. Ela foi ao médico e concordou em tentar reduzir o uso abusivo do sal na sua alimentação.

### **“ FAMÍLIA FLORESTA ”**

Família “Floresta” é composta por 3 membros: pai, mãe e filha . Residem no bairro Campinas em São José. Os três membros moram na mesma casa. Levam uma vida simples, porém feliz. O senhor “F” é aposentado , a senhora “F” é do lar e a filha trabalha fora. Os problemas de saúde se encontram neste casal de idosos. O senhor “F” tem problema respiratório: asma e a senhora “F” tem hipertensão e osteoporose. Ambos vão ao médico, tomam medicamentos, porém enquanto o senhor “F” leva uma vida sedentária, segundo a esposa “só come e dorme” , A esposa “F” trabalha em casa, cuida da horta, faz o almoço, faz compras e ainda arruma tempo para dar as suas caminhadas. A influência cultural foi evidenciada , quando a família relatou que faz uso de chás além de todos o s medicamentos tomados. Tinha chá específico para vários tipos de doença : losna para dor de estômago, cavalinho para osteoporose , alecrim para hipertensão , etc.

Durante as visitas realizadas foi necessário acomodar alguns cuidados referentes aos seus problemas de saúde.

### **“FAMÍLIA CAMPO”**

Família “Campo” é composta por 5 membros: pai, mãe e os 3 filhos. Residem no bairro de Campinas em São José. Todos os membros residem na mesma casa e levam uma vida de bastante trabalho , porém unidos. O senhor “C” é feirante e a senhora “C” é do lar e os demais membros não trabalham. Os problemas de saúde se encontram apenas no senhor “C” que tem hipertensão e não se cuida. Leva uma vida corrida , trabalha todos os dias , exceto nas segundas-feiras. Não se alimenta direito , come comidas salgadas, como lingüiça, charque , etc. Está medicado porém só toma os remédios quando lembra e quando sente alguma coisa. Isto foi relatado na primeira visita que realizamos em 15/07 de 2002. Retornamos mais duas vezes e, devido as informações dadas, conseguimos que ele fosse ao médico e tomasse consciência da importância do controle da hipertensão e dos riscos que a pessoa corre se não

cuidar adequadamente . Com esta família conseguimos, o início de um processo de repadronização de alguns de seus hábitos de vida .

A assistência às famílias foi desenvolvida a partir do Processo de Cuidados Culturais (anexo 6 – Modelos de Processos de Cuidados Culturais ), que se constitui das seguintes etapas:

- reconhecimento da situação cultural e de saúde da família,
- definição da situação da família,
- planejamento do cuidado,
- implementação do cuidado,
- avaliação / evolução.

**Avaliação:** A assistência de enfermagem aplicada foi altamente significativa para as famílias, vindo de encontro aos reais problemas de saúde identificados. Esta maneira diferenciada de assistir em enfermagem, extrapola as questões estatísticas, estabelecendo através do processo de negociação um cuidado cultural coerente.

**Objetivo 7: \_Avaliar as ações de enfermagem implementadas nas famílias, subsidiando o replanejamento do trabalho de enfermagem no PSF/PACS.**

**Estratégia :** No processo de cuidados culturais, a cada visita foi feito um processo de análise (evolução). Consideramos que a assistência de enfermagem fundamentada neste Referencial Teórico oportunizou uma aproximação com as crenças e valores vivenciados nas famílias. A assistência foi ao encontro das reais necessidades de saúde, extrapolando a questão estatística e chegando mais perto da questão cultural, do viver cotidiano das famílias.

- **Objetivo não previsto e desenvolvido**

**Objetivo 8: Contribuir na capacitação dos ACS – para o trabalho que realizam junto às famílias.**

**Estratégia :** No acompanhamento diário do trabalho dos agentes, identificamos e percebemos algumas *fragilidades*, como:

- grande falta de preparo técnico dos ACS, para as atividades que lhes são atribuídas,

- os agentes de saúde, sentem-se despreparados para atuarem na comunidade,
- dificuldades dos ACS em abordar as famílias, em realizar visitas domiciliares,
- falta de integração entre as equipes de PSF/PACS,
- escassas oportunidades dos ACS para discussão de suas dificuldades e anseios,

Conforme Gaio (2000), os ACS, não se sentem preparados, para desenvolver suas ações, mesmo as mais elementares, como visitas as pessoas em suas residências, principalmente quando se deparam com inúmeros problemas, complexos em sua solução. Estas situações têm revelado aos ACS, certa insegurança, medo e angústia, fazendo com que sintam a necessidade de ter uma educação continuada .

O Manual de Normas e Diretrizes do PACS, também trata da capacitação do ACS, tendo como objetivos específicos, “ *proporcionar educação continuada aos ACS, garantir as profissionalização dos ACS em auxiliar de enfermagem, possibilitando a melhoria da qualidade da assistência prestada*” (MS/PACS. 1994, p.8-9).

Conforme Bertoncini (2000), vale a pena destacar a importância do material educativo, na capacitação das equipes de PSF. Em seu estudo foi referido como um ponto fraco, e de grande importância no trabalho educativo que propõe o PSF, contribuindo na construção da consciência sanitária, autonomia e co-responsabilidade da população na vigilância da saúde. A falta desse material não impossibilita as ações educativas das equipes de PSF, mas foi comprovada eficácia e eficiência como instrumento de trabalho.

As acadêmicas tiveram uma dedicação maior no desenvolvimento deste objetivo, porque a necessidade de capacitação dos ACS, se mostrou premente.

Assim, trabalhou-se intensamente junto aos ACS, através de oficinas e palestras – todas com temas relacionados a saúde- de forma atraente e dinâmica. Os encontros contavam com períodos de relaxamento e momentos de reflexão, com o objetivo que refletir sobre o tema exposto. Procurou-se estabelecer uma melhor interação de grupo entre as equipes de ACS – PSF/PACS e também sanar parte de suas dúvidas e a necessidade de informações, que tanto almejavam.

Foram vivenciadas cinco oficinas/palestras, com os seguintes temas:

- *Comunicação em saúde-* (elucidação sobre a temática do nosso trabalho), e “*Show dos Agentes*” – dinâmica similar ao *show* do milhão (do SBT), envolvendo questões

sobre DST, doenças contagiosas, doenças crônicas, principais agravos em saúde pública, temas envolvendo saúde da mulher, da criança, idoso, também imunizações, alguns marcadores de saúde do PSF... De maneira criativa, absorveram as principais informações necessárias para adicionar e aplicar em suas tarefas, diárias junto as famílias,

- *Abordagem às Famílias*, ministrada pela nossa orientadora, Prof<sup>a</sup> MSC. Ilca L. Keller Alonso, que com sua enorme bagagem de conhecimentos e elevada experiência junto às famílias e também aos ACS, ofertou-lhes com uma dinâmica muito envolvente, estimulando-os a questionar e sanar as suas dúvidas quanto a abordagem no primeiro contato com as famílias.
- *Conceitos de saúde*, com uso de revistas, jornais, tesouras e tenaz, foram selecionadas gravuras, que em um conjunto, determinasse um entendimento sobre saúde, elaborando, um conceito de saúde para os ACS da Policlínica Municipal de Campinas, os cartazes foram apresentados às enfermeiras do PSF e a enfermeira diretora da Policlínica.
- *Conceitos de família*, para desenvolver melhor o significado de família na visão dos agentes, solicitamos que elaborassem uma história - vivenciada ou fictícia -, sobre suas visitas, vínculos e relações com a família e que a seguir apresentassem. Suas encenações, foram ricas em criatividade e improvisamentos. Seus ensaios e empreendimentos foram destaque na preparação das apresentações aos colegas ACS. (as histórias elaboradas pelos ACS, encontram-se em anexo 7).
- *Informações básicas sobre os sete indicadores de saúde, preconizados pelo PSF*, (hanseníase/tuberculose/diabetes/hipertensão/saúde da mulher, da criança, do idoso). Tema exposto sob forma de aula, com utilização de retro-projetor (em anexo 8).

**Avaliação:** Todas as atividades educativas foram feitas em grupos, com a participação e a colaboração da grande maioria dos ACS. Após o término das atividades, agradeciam nossa dedicação e esforço para com eles, reconhecendo as atividades como importantes e de grande valia. Almejando sempre mais encontros, palestras, oficinas, valorizando o trabalho com muito prestígio e satisfação.

**Objetivo 9: Ampliar e aprofundar os conhecimentos teóricos sobre a temática em questão.**

**Estratégias:** Foram ampliados e aprofundados vários assuntos durante todo o período de estágio e durante a elaboração do Trabalho de Conclusão de Curso. Temas como: Hipertensão, Diabetes, Osteoporose, Hanseníase, Tuberculose, Câncer de Mama, Câncer de Colo Uterino, Pré-Natal, Puerpério, Climatério, Imunizações, foram revisados pelas acadêmicas para o desenvolvimento das oficinas e palestras realizadas, com os ACS.

Foram ampliados e aprofundados os nossos conhecimentos teóricos, ao longo do estágio, com a participação das acadêmicas ao evento oferecido pela Universidade Federal de Santa Catarina –UFSC- sobre a **IIª Semana do SUS**, no período de 22 a 26 de julho de 2002, com carga horária de 12 horas (no anexo 9 - programação do evento). Uma das acadêmicas, participou do **Treinamento manejo em DST, HIV e Aids**, oferecido pela Fundação Açoriana para Controle da Aids, no período de 08 a 12 de julho de 2002, com carga horária de 20 horas (certificado encontra-se em anexo 10), e também da “Campanha de Vacinação contra a Paralisia Infantil”, no dia 15 de junho de 2002.

Foram discutidos os assuntos polêmicos e as dificuldades encontradas no percurso da prática com a orientadora, no decorrer de todo o trabalho.

**Avaliação:** Foram alcançados subsídios teóricos razoáveis para subsidiar a prática, mas ao mesmo tempo, os desafios vivenciados sempre abrem novas necessidades e novas perspectivas teóricas, que necessitam ser aprofundados em trabalhos futuros.

## **7 CONSIDERAÇÕES ÉTICAS**

O código de ética dos Profissionais de Enfermagem; considera prioritário, a necessidade e o direito da Assistência de Enfermagem à população, aos interesses do profissional e de sua organização. Este centraliza na clientela, implicando no sentido de que os Agentes de Trabalho da Enfermagem encontram-se aliados aos usuários na luta por uma assistência de qualidade sem riscos e de fácil acesso a toda população.

A ética profissional estabelece normas e princípios, direitos e deveres, pertinentes a conduta ética no exercício dos profissionais de uma determinada atividade, devendo ser assumida por todos.

No decorrer deste trabalho respeito-se os aspectos éticos, em todas as instâncias e momentos do trabalho em campo. Neste sentido observou-se mais especificamente:

1. Mediante autorização da Instituição, o trabalho foi desenvolvido e posto em prática;
2. Os objetivos propostos no referente trabalho, foram apresentados e esclarecidos, à equipe de enfermagem e às famílias envolvidas;
3. Para a realização da coleta de dados e informações necessárias, o consentimento dos participantes, bem como o direito de desistir a qualquer momento, foram respeitados conforme termo de Consentimento Livre e Esclarecido (em anexo 11);
4. Para preservação dos valores éticos e morais, foram garantidos em todos os momentos deste trabalho, o sigilo e anonimato diante dos dados e informações levantados;
5. Críticas e sugestões, foram bem recebidas e aceitas, objetivando um aprimoramento científico em benefício da equipe, da instituição e do crescimento profissional;

6. Os dados obtidos junto às famílias, bem como fotos destas, são divulgados e utilizados, frente a autorização por escrito, fornecido por estas.

## 8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao final dessa experiência acadêmica, constatou-se que os objetivos assistenciais foram atingidos.

A trajetória percorrida ao longo do desenvolvimento deste projeto assistencial constituiu-se de muitos desafios, experiências inéditas no viver acadêmico, o que foi, sobretudo, importante para o aprendizado profissional.

A realidade assistencial encontrada, por diferir daquela construída no imaginário das acadêmicas, foi o maior desafio para o alcance das metas propostas. No entanto todo o trabalho desenvolvido voltou-se para contribuir na construção de uma assistência mais qualificada dentro da perspectiva proposta no projeto acadêmico.

A proposta teórico-metodológica abriu o olhar acadêmico/profissional para uma assistência de saúde mais contextualizada e integralizada às famílias e acredita-se que isso foi um fator fundamental nas contribuições que este projeto ofereceu à Instituição.

Focalizar a saúde da família sob uma perspectiva cultural abriu novas possibilidades de compreender os significados dos problemas e necessidades de saúde, extrapolando a visão tradicional – biomédica – que sustenta, ainda, sobretudo, a prática da equipe do PSF, em especial dos ACS.

Conclui-se que a sintonia entre os significados dos problemas e necessidades de saúde para os comunicantes no processo assistencial/PSF é muito importante para que haja harmonia e confiabilidade dos dados, na questão estatística - Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) - e que as informações em saúde, coletadas pelos ACS, junto as

famílias, que alimentam o SIAB, subsidiem, efetivamente, as metas públicas de saúde, oferecendo a resolutividade dos reais problemas de saúde da família, influenciando positivamente na qualidade de vida destas.

As principais dificuldades encontradas nesta prática assistencial são apontadas em três eixos;

- Por estar em processo de implantação, as duas equipes de PSF – ainda incompletas – não atendem a totalidade das respectivas áreas de abrangência. Isso resulta em um atendimento diferenciado, pelos serviços da Policlínica, àquelas famílias que já desfrutam da assistência da equipe do PSF, para aquelas, na mesma área de abrangência, que ainda não são efetivamente atendidas pelo PSF.
- Os ACS vinculados ao PACS, sentem a falta de apoio da equipe, sentem-se desvalorizados, por falta de um respaldo multiprofissional, que atue efetivamente nos problemas de saúde levantados e identificados por eles nas famílias. Os ACS, consideram o seu trabalho isolado e pensam não ter um significado importante para a equipe.
- A terceira dificuldade está na própria caracterização estrutural dos Serviços da Policlínica de Referência Regional, do município de São José. Esta Policlínica, ainda em fase inicial de implantação dos seus serviços, abraça tanto os serviços de especialidades médicas, encaminhados por outras unidades assistenciais do município, como também caracteriza-se como uma Unidade de Saúde da Família. Isto faz com que as famílias integrantes do PSF não tenham a clareza do seu vínculo com os serviços prestados na Policlínica.

Por outro lado, há uma duplicação de tarefas pela equipe de saúde do PSF, com o entrelaçamento de sua atuação em nível de Atenção Primária e em nível das especialidades, (secundária), o que se apresenta como algo extremamente complexo na organização do trabalho profissional.

Conforme Rosa (2001) em sua experiência, o PSF é uma proposta viável, como estratégia de reorientação da porta dos sistemas, desde que seus serviços prestados seja eficiente, eficaz e estendido a toda população, para não ferir o princípio da universalidade preconizado pelo SUS. Esta proposta constitui-se de grande desafio, do ponto de vista da viabilização de suas diretrizes.

As dificuldades encontradas, refletem que a estratégia do PSF é exequível na prática, mas ainda, distante do seu discurso.

Para a receptividade das acadêmicas nas famílias, a participação do ACS nas visitas foi de uma contribuição inigualável, pois um processo interativo não se constitui a curto prazo, necessitando as acadêmicas, de um “elo” de ligação na família.

Durante o período de estágio, nos deparamos com alguns questionamentos que a seguir iremos ressaltar;

O trabalho dos ACS se restringe a coleta de dados e informações que constam em um registro/relatório, como “marcadores” de saúde (criança, gestante, diabéticos, hipertensos, pessoas com tuberculose, hanseníase e idosos); as famílias por sua vez, relatam a ocorrência desses indicadores de saúde, quando já existe um diagnóstico médico definido. A grande questão se encontra naquelas situações em que as famílias estão desencadeando doenças como diabetes e hipertensão, entre outras, sem um diagnóstico clínico, não considerando os sinais e sintomas como uma doença propriamente dita. Desta maneira uma doença do elenco dos indicadores de saúde – sem um diagnóstico clínico definido - pode não ser identificado e tampouco registrada pelos ACS, junto as famílias. Esta questão entra na polêmica discussão, do despreparo do ACS, no desempenho de suas atividades e funções.

Conforme Gaio (2000), em sua reflexão sobre o perfil dos profissionais da saúde, faz a seguinte pergunta: “Como implantar um Programa Saúde da Família ou do Agente Comunitário da Saúde, sem antes qualificar esse profissionais?”. No sentido de melhorar a assistência à saúde, faz-se necessário algumas adequações, para a garantia do alcance do objetivos, pois isso implica em ter condições condizentes com o papel que irá desempenhar.

Esta autora questiona o fato do Estado estar adotando medidas compensatórias, transferindo aos ACS, a responsabilidade de cuidados de saúde às famílias. Que formação esse agente tem para prestar orientação às famílias?.

Considera-se essencial uma ampla e profunda discussão sobre a questão da capacitação dos ACS. Será que uma preparo continuado dos ACS, habilita-os, realmente, a identificar os reais problemas de saúde na base - família? Ou seria pertinente que fosse reconsiderado uma qualificação mínima escolar/profissional no processo seletivo destes.

A falta de uma qualificação adequada dos ACS, foi um fato marcante, no desenrolar da nossa prática assistencial. O descontentamento, as desmotivações pelos ACS, quanto ao

trabalho, com uma conseqüente interferência na sua produtividade, indicam uma deficiência no PSF/PACS, quanto a capacitação destes, para suas tarefas e também por uma insatisfação salarial . Por outro lado há o sentimento de desvalorização dos ACS, junto a equipe de saúde, especialmente no Programa de Agentes Comunitários de Saúde.

Gaio (2000), também constatou, que o descontentamento e a indisposição ao trabalho demonstrado pelos ACS, se deve em função da exclusão social em que vive o nosso país, em termos de desemprego, onde as pessoas por falta de opção, (não dizendo com isso que o trabalho do agente seja desprestígio), assumem o primeiro que aparece, mesmo com pouca remuneração, sujeitando-se a trabalhar de forma descontente por oito horas diárias.

A autora também relata, que quando o trabalho dos ACS é valorizado pelo Centro de Saúde, muitas vezes o ACS consegue resolver alguns problemas da família sob sua responsabilidade, ou seja, quando ele tem respaldo do Centro de Saúde e dos profissionais, que se deslocam para realizar visitas domiciliares agendadas, com o médico e enfermeiro supervisor da sua área. Isto implica em segurança e credibilidade no trabalho, perante às famílias e a própria comunidade.

Observando o trabalho dos ACS, junto às famílias, as acadêmicas, questionaram continuamente, a confiabilidade das informações coletadas por estes. Chamou atenção a extraordinária incidência de casos de hipertensão e diabetes e a inexistência de outras patologias na comunidade, e pensou-se que isso deve, ser alvo de uma rigorosa revisão do trabalho das ACS, junto as famílias, para uma confiabilidade estatística dos dados que coletam, que registram nos domicílios das famílias.

Acredita-se que a coordenação central do PSF já está se voltando para a necessidade de melhorar a comunicação em saúde, ainda que de uma maneira inicial, através da implantação de um sistema de informação dentro deste Programa , no município.

A comunicação efetiva se estabelece, quando os significados e entendimentos para ambos os sujeitos envolvidos na comunicação, processa-se de forma uniforme. Como constatou-se no desenvolvimento deste trabalho e especialmente de um dos objetivos, ainda há um distanciamento entre os significados de problemas e necessidade de saúde, entre as famílias e os ACS o que deve ser observado com maior atenção no trabalho das equipes de saúde do PSF.

A partir da prática assistencial desenvolvida, as acadêmicas contribuem com algumas sugestões para a melhoria do trabalho dos ACS no PSF/PACS:

- integrar uma coordenação direta e educação continuada às equipes de PSF/PACS com; reuniões de grupos, oficinas de interação, palestras, discussões de casos, orientações;
- fazer uma seleção mais rigorosa de ACS, no processo de contratação, com a participação da enfermeira supervisora da equipe e de um psicólogo, a fim de identificar melhor a adequação das características para o papel que irão desenvolver junto as famílias, bem como, suas expectativas e objetivos almejados;
- discutir um plano de ações e normas básicas de atuação dos ACS, junto a enfermeira supervisora;
- coordenar de forma próxima e continuada o trabalho do ACS, cabendo a uma enfermeira supervisora, controlar e garantir mais especificamente o trabalho que estes desenvolvem junto às famílias;
- incentivar a formação profissional do ACS (PROFAE);
- incentivar a participação dos ACS e respectivas famílias nos grupos educativos realizados pela equipe de saúde, na Policlínica;
- reivindicar junto ao Sistema de Saúde, condições estruturais (pessoal e salarial), mínimos necessários, para a qualificação da assistência prestada pelo PSF/PACS.

O trabalho com as famílias no PSF, foi muito significativo, oportunizando às acadêmicas, um olhar às famílias de forma integral. Acredita-se com esse trabalho, o início de um processo assistencial diferenciado, limitado no tempo, por exigência de um trabalho acadêmico. Constatou-se que a proposta de uma mudança paradigmática na prática assistencial envolve um trabalho profundamente reflexivo e conceitual junto às equipes de saúde, o que requer muito tempo. Com a experiência desse trabalho, as acadêmicas perceberam que uma proposta de intervenção com base cultural, implica em uma repadronização da própria cultura biomédica da equipe de saúde, o que só é possível a longo prazo.

## 9 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

AMODEO, C. **Manual de recomendações ao paciente com pressão arterial elevada.** Sociedade Brasileira de Cardiologia. s/d.

ASSOCIAÇÃO PAULISTA DE ASSISTÊNCIA AO HIPERTENSO. **Hipertensão Arterial (pressão alta)** O que você precisa saber. Parke-Davis, s/d. Folder.

BERTONCINI, J. H. **Da Intenção ao Gesto – Análise da Implantação do Programa Saúde da Família em Blumenau.** Florianópolis, 2000. 135f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia de Vigilância Epidemiológica.** Brasília, 2002. Disponível em < <http://www.funasa.gov.br>>. Acesso em: 21 agosto.2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual do Sistema de Informação da Atenção Básica.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria da Assistência à Saúde, 1997.

BRASIL, Ministério da Saúde. **O Trabalho do Agente Comunitário da Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas da Saúde, 2000.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Olha a Pressão Brasil.** Dia Nacional de Prevenção e Combate à Hipertensão Arterial. 4 de maio, s/a .

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Saúde da Família.** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/>> Acesso em: 28 maio.2002.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Programa de Agentes Comunitários de Saúde.** Brasília, 2002. Disponível em: <<http://www.saúde.gov.br/>> Acesso em:15 agosto .2002.

CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos Básicos para o Cuidar – Um Desafio para a Qualidade de Assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA. **Orientações e Legislações sobre o Exercício da Enfermagem,** Florianópolis, 2000. 52p.

ELSEN, I. Cuidado Familiar: Uma Proposta Inicial De Sistematização Conceitual. In: ELSEN, I; MARCON, S. S; SANTOS, M. R. dos. **O viver em família e sua interface com a saúde e a doença.** Maringá: Eduem, 2002. p.11-24.

- ELSEN, I; ALTHOFF, C. R; MANFRINI, G.C. Saúde da Família: Desafios Teóricos. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v.3, n.2, p.89-97, jul./dez. 2001.
- FARIA, E. M. Comunicação e informação: instrumentos para a transformação da prática dos serviços de saúde. **Texto e Contexto Enf.**, Florianópolis, v.4, n.1, p.47-59, jan./jun.1995.
- FARIA, E. M. **Comunicação na Saúde fim da Assimetria?**. Florianópolis, 1996. 165 f. Tese (Doutorado em Filosofia da Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- FIGUEIREDO, N de S; MONTICELLI, M. **Atuação das Agentes Comunitárias de Saúde junto Às Puérperas e Recém-Nascidos no Domicílio: Texto Digitado** (Estudo desenvolvido no contexto da Disciplina “Metodologia Científica Aplicada a Enfermagem na Área de Saúde da Mulher” do Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC)). s/d. p. 1-11.
- GAIO, T. C. **Políticas Públicas de Saúde e o Agente Comunitário de Saúde** – Reflexões com base na Experiência de Florianópolis. Florianópolis, 2000. 129f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.
- GEORGE, J. B. **Teorias de Enfermagem: Os fundamentos para a prática profissional**. Tradução por: Regina Machado George. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1993. p.283-299.
- JÚNIOR, A. E; MATHEUS, M. C. C. Comunicação. In: CIANCIARULLO, T. I. **Instrumentos Básicos para o Cuidar**. São Paulo: Atheneu, 1996. p.61-73.
- KOERICH, A. B; SILVA, M. A. G..D. e. As Raízes de Campinas/Recordações Gota a Gota. **Boa Nova: Informativo da Paróquia Santo Antonio**, Campinas, São José, Ano1-nº1-junho, Ano1-nº2-julho, Ano1-nº3-agosto, Ano1-nº4-setembro, 1998.
- MELO, J. M. de. **Teorias da Comunicação: Paradigmas Latino-americanos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1998. p.40-84.
- MENDES, E. V. **Uma Agenda para a Saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996.p.233-295.
- MONTICELLI, M. **Nascimento como um rito de passagem : abordagem para o cuidado às mulheres e recém – nascidos**. São Paulo: Robe Editorial , 1997.p.72-73.
- MONTICELLI, M; ALONSO, I. L. K; LEOPARDI, M. T. Madeleine Leininger: teoria de Enfermagem transcultural. In:LEOPARDI, M.T. **Teorias em Enfermagem: Instrumentos para a prática**. Florianópolis: Editora Papa – Livros, 1999.p.94-102.
- PEREIRA, M, G. **Epidemiologia**. Rio de Janeiro: Guanabara koogan, 1995.
- ROCHA, D, M. Tratamento com Insulina. In: BRASIL, Ministério da Saúde. **Orientações Básicas para o Diabético**. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, 1993.

ROSA, M. C. **Programa Saúde da Família – Uma Nova Estratégia voltada para as famílias, sob a ótica dos usuários.** Florianópolis, 2001. 130f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

SAMALEA, D; KOLTERMANN, L. **Programa Municipal de Educação e Controle da Hipertensão e Diabetes.** Prefeitura Municipal de Gaspar, Secretaria de Saúde e Assistência Social.

Secretaria de Estado da Saúde. **Projeto Saúde da Família.** Florianópolis: Secretaria de Estado da Saúde, Estado de Santa Catarina, 1998.

SILVA, E; SCHNEIDER, K. A; BARCELLOS, V. R. **Cuidando De Famílias Na Comunidade, À Luz Da Teoria Transcultural de Madeleine Leininger.** Florianópolis, 2000. 118p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 1999 a. vol 2, p.623 - 660.

SMELTZER, S. C; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A, 1999 b. vol 3, p.873 – 913.

TRAD, L. A. B; BASTOS, A. C de S. Caderno Saúde Pública: **O impacto sócio-cultural do Programa de Saúde da Família (PSF): uma proposta de avaliação,** 1998, v14, n2. Disponível em : <<http://www.scielo.br.cg...> > Acesso em: 24 abril. 2001.p.1-11.

TRENTINI, M; DIAS, L. P. M. **Meu Primeiro Projeto Assistencial.** Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC: Casa Vida e Saúde, 1994.

TULIO, E. C; STEFANELLI, M. C; CENTA, M. de. L. Vivenciando A Visita Domiciliar Apesar de Tudo. **Fam. Saúde Desenv,** Curitiba, v.2, n.2, p.71-79, jul./dez.2000.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos.** Curitiba: Editora da UFPR, 2001. Vol.6: Referências.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ. Sistema de Bibliotecas. **Normas para Apresentação de Documentos Científicos.** Curitiba: Editora da UFPR, 2001. Vol.7: Citações e Notas de Rodapé.

VIEIRA, T.T. **O Processo da Comunicação na Enfermagem.** Salvador: Universidade Federal da Bahia, Centro Editorial e Didático, 1978.

WELCH, A. Z. et al. Madeleine Leininger. Cuidados culturais: teoría de la diversidad y la universidad. In: TOMEY, A. M; ALLIGOOD, M. R. **Modelos y teorías en enfermería.** Madrid: Diorki Servicios Integrales de edición, 1999.p.439-462.

WONSTTRET, L. E; STEFANELLI, M. C; CENTA, M. de. L. Pensamento Sobre O Processo Comunicacional E O Desenvolvimento Familiar. **Fam. Saúde Desenv.,** Curitiba, v.3, n.2, p.116-124, jul./dez.2001.

## **ANEXOS**

## **ANEXO 1**

# As raízes de Campinas

*No início, bairro servia como pousada para os tropeiros vindos da Serra.*

Em 1920 moravam em Campinas as famílias de João Teodoro (Zé Laurentino), João Machado, Francisco Cardoso, Tio Pedro (Pretinho) e Cipriano Duarte. A região era um extenso banhado, com pequenas plantações, principalmente de mandioca.

Onde era campina, os tropeiros, provenientes da região serrana faziam suas sestiadas e abrigavam o gado que traziam para vender no matadouro. Os carroceiros desatrelavam seus cavalos das carroças carregadas e após um breve descanso ou até mesmo um pernoite, seguiam viagem para a capital. No Estreito, com a ajuda de barcos, pois não havia ponte, transportavam suas mercadorias (melado, farinha de mandioca, cachaça e outras), que eram negociadas no mercado.

Nesta época não existia luz elétrica em Campinas. Só os corajosos saíam de suas casas à noite, pois ha-



**Da direita para a esquerda: Frei Silvério Foecker, D. Afonso Niehues, Arcebispo de Florianópolis e Germano Vieira, presidente da Capela Santo Antônio, no final dos anos 60.**

via muito cachorro na região devido ao matadouro.

O local de reunião e diversão das famílias era uma raia. Lá, aos sábados e domingos, aconteciam animadas corridas de cavalos. Sem contar que, de vez em quando, um "teco-teco" voava rasante pela raia, tentando pousar no aeroclube que ficava próximo.

Frei Hilário rezava as missas, inicialmente na casa da escola, depois na casa de Dona Frida onde era improvisado um altar feito de caixas. Algum tempo depois a capela ficou pronta. Em 11 de fevereiro de 1970, Campinas tornou-se Paróquia e o primeiro pároco foi o Monsenhor Vendelino Hobold.

Adélia B. Koerich e Maria Alzira G. D. e Silva.

## Oficinas de Oração e Vida

O Vaticano aprovou recentemente as Oficinas de Oração e Vida, encontros destinados a ensinar a Orar, de uma forma prática, metódica, e ordenada. Já participaram de tais Oficinas mais de 3 milhões de pessoas em 40 países. Em nossa Paróquia a Oficina acontece no Kobrasol. Participe!

**Informações:** Wilson e Odete no telefone 244-1498; Iracema no fone 248-2912 ou Army no 241-8045.

*"O conservador é um homem que acha que nada deve ser feito pela primeira vez".*

Anônimo

## Inscrições para Catequese

Catequese para a Primeira Eucaristia e Crisma: as inscrições serão feitas de 29/06 a 13/07 em todas as Comunidades da Paróquia (Campinas, Kobrasol e Roçaco). Proporcione e participe da formação religiosa dos seus filhos.

Para se inscrever é necessário:

**Primeira Eucaristia:** Certidão de nascimento comprovando ter 9 anos completados até 01.08.98 e a Lembrança de Batismo.

**Crisma:** Certidão de nascimento comprovando ter 14 anos completos até 31.12.98, e as Lembranças de Batismo e da Primeira Eucaristia.

## Campanha do Quilo

Na Capela do Kobrasol, realiza-se a Campanha do Quilo na primeira sexta-feira de cada mês e/ou nas quartas-feiras, na Novena de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro. Colabore, faça sua doação através de entidade reconhecida. Ela sabe realmente, quem mais precisa.

O Informativo BOA NOVA é um órgão de divulgação da Paróquia Santo Antônio - Campinas - São José - SC. Telefone 241-0637. A tiragem desta edição é de 5.000 exemplares. Equipe do Jornal: Nadir Antonio Mussio, Djalma Lemes, Karla Santos Colombi, Pe. Valdemar Groh, Luiz Eraldo e Maria Alzira Silva. Assessoria dos jornalistas Carlos Augusto Locatelli e Jaime Luccas.

Patrocinam esta edição:

**COLÉGIO ALPHA OBJETIVO (241-0674):** 1º Grau (5ª à 8ª série) e 2º Grau (1ª, 2ª séries e Terceirão)

**COLÉGIO ALPHA OBJETIVO JÚNIOR (247-4595):** Maternal à 4ª série.

**Livraria Católica:** Av. Osni João Vieira, 21-Lj 02-Campinas- Fone 241-

## Nossa História

# Recordações gota a gota

Nesta edição registramos pequenas histórias das primeiras famílias que se estabeleceram em Campinas e contribuíram para a formação de nossa comunidade.

**Leonardo Petry e Dona Frida** - A história da Igreja de Campinas, passa também pela história deste casal. Inicialmente as missas eram celebradas na casa da escola, depois na parte térrea de sua casa. Muito contribuíram para a construção da primeira capela. iam de casa em casa pedir ajuda, receber prendas para as festas. Da Frida, preocupava-se também com a preparação das crianças para a Primeira Eucaristia e dedicava-se à Catequese dos pequenos.

**Inês Colsani da Cunha** - Moradora de Campinas há 44 anos foi, por vários anos, a costureira do lugar, aten-



Casais festeiros nos primeiros anos da Capela de Campinas.

der, do aos mais exigentes gostos. Ajudava Dona Frida e seu Leonardo no preparo do ambiente para as celebrações dominicais, amontoando os bancos escolares, para dar lugar ao altar, ornamentando-o. Dona Inês assava pães e massas na sua casa para serem vendidos nas festas da Igreja. Trabalhou muitos anos na Igreja. Atualmente é integrante do Coral Santo Antônio.

**Tabita Tenfen** - Trabalhou muitos anos na Igreja. Preparava a liturgia.

Caprichava nos cantos. Também era catequista.

**Otilia Schmitt** - Sua família chegou em Campinas muito cedo, quando tudo estava começando. Dona Otilia foi quem cuidou da capela desde o início. Muito devota do Sagrado Coração de Jesus, mais tarde foi uma das fundadoras do Apostolado da Oração. Seu irmão, Leonardo, era o responsável pelo churrasco nas festas, desde a primeira capela de madeira, há 35 anos.

**Helena Demay** - Foi a primeira professora de Campinas. Inicialmente lecionava no Roçado. Quando já existiam aqui várias famílias, sentiu a necessidade de uma escola. Com a ajuda dos pais, instalou a primeira escola isolada. A casa da escola localizava-se onde hoje é o Posto Matias. Ela foi professora 33 anos e também uma das primeiras catequistas.

Adélia B. Koerich e  
Maria Alzira Dutra e Silva

## Inscrições para Catequese

Estão abertas até o dia 13 de julho, as inscrições da Catequese para a *Primeira Eucaristia e Crisma*, em todas as Comunidades da Paróquia (Campinas, Kobrasol e Roçado). Proporcione e participe da formação dos seus filhos. Para se inscrever é necessário:

**Primeira Eucaristia:** Certidão de Nascimento comprovando ter 09 anos completos até 01.08.98 e Lembrança de Batismo.

**Crisma:** Certidão de Nascimento comprovando ter 14 anos até 31.12.98, Lembranças de Batismo e de Primeira Eucaristia.

O Informativo BOA NOVA é o órgão de divulgação da Paróquia Santo Antônio - Campinas - São José - SC. Telefone 241-0637. A tiragem desta edição é de 5.000 exemplares. Equipe do Jornal: Nadir Antonio Mussio, Djalma Lemos, Karla Santos Colombi, Pe. Valdemar Groh, Luiz Eraldo, Maria Alzira Dutra e Silva e Auri Abílio de Souza. Assessoria do jornalista Jaime Luccas.

## Campanhas

Na Capela do Kobrasol, realiza-se a *Campanha do Quilo* na primeira sexta-feira de cada mês e/ou nas quartas-feiras, na Novena de Nossa Senhora do Perpétuo Socorro

O **Educandário Santa Catarina** necessita de ajuda financeira, de alimentos e mão-de-obra especializada, principalmente nas áreas médica, psicológica, dentária, enfermagem, eletricidade e pintura predial. Colabore com a entidade que educa, alimenta e cuida de 470 crianças carentes de zero a sete anos. Contato com a Diretora, dona Cléia, Fone 247-0877 ou visite-o na Rua João Grumiche, s/n - Roçado - São José.

## Cursos na Paróquia

Estão abertas as inscrições para Cursos de Violão, Teclado, Instrumentos de Sopro, Datilografia, Crochê, Pintura em Tela, Corte e Costura, Cabeleireiro, Manicure e Pedicure, Decoração de Interiores. Os cursos são promovidos pela Ação Social Paroquial e acontecem no Salão Paroquial de segunda a sexta-feira, das 14:00 às 17:00 horas. Informações na secretaria ou pelo fone 241-0637.

## I EDUCANDÁRIO FEST

65 ANOS DE AMOR

Dias 01 e 02 de agosto de 1998.  
No Educandário - Roçado - São José  
Prestigie, ele merece...

## DETALHES

AVIAMENTOS  
E TAPEÇARIA

Atrás de Casa Econômica  
do Kobrasol - Fone: 259-3133



# Recordações gota a gota

*Nesta edição continuamos a registrar pequenos detalhes na formação de nossa comunidade, sobretudo no aspecto religioso, lembrando as famílias fundadoras da comunidade de Campinas.*

**Jacó Lino Schutz** - Ajudou na construção da capela como carpinteiro. Fazia coleta nas missas. Homem de muita religiosidade, foi membro fervoroso do Apostolado da Oração.

**Bolívia e Santo Antunes** - Ela muito colaborou como cozinheira das festas. Até poucos anos, ajudava na cozinha por ocasião das festas e ainda, como voluntária no grupo de idosos. Seu esposo foi grande colaborador na Igreja. Foi o primeiro tratorista e motorista de ônibus.

**Irma Schmitz** - coordenou a cozinha nas festas da Igreja, por vários anos. Ministrou várias vezes o Curso de Arte Culinária na Paróquia.

**Maria Farias (Dona Bia)** - assa-

va as galinhas e fazia o trabalho pesado nas festas. Não desistia do trabalho, por mais difícil que fosse.

**Verônica e Osvaldo Souza** - ajudavam nas festas. Eram os responsáveis pelos pastéis. Hoje ainda ela ajuda no preparo das galinhas para assar. É membro assíduo e fervoroso do Apostolado da Oração.

**Maria e Reginaldo Farias** - trabalhou muitos anos na casa paroquial. Foi a primeira secretária. Divulgava a assinatura da Revista Família Cristã. Com muito esmero preparava a Coração de Nossa Senhora, no mês de maio.

**Dário e Iolanda Castro** - Em 1.960 tinham uma fábrica de refrigerantes (gazozão, guaraná e laranjinha) e engarrafamento de vinho e vinagre. Seu Dário alugou a parte térrea da casa do Sr. Leonardo Petry e cedeu para a celebração das missas aos domingos. Gratuitamente transportou com seu caminhão, o material para a construção da primeira capela.

**Irineu e Netércia Lohn** - moram aqui há 36 anos. Ele foi o primeiro sapateiro do lugar. Criou em 1.965,

o primeiro posto de Correio que funcionou ao lado da sua sapataria.

**Olivia Pisani Pelegrini** - Atendia aos doentes e necessitados. Fez muitas curas através da oração do terço. Faleceu em 1972.

**Família Vieira** - João Ludovico e Olga Vieira, foi o primeiro casal da família Vieira a chegar em Campinas, em 1960. Os demais chegaram em 1962, no início da construção da primeira capela. As famílias Vieira, sempre unidas, logo colaboraram nos trabalhos de construção, nas festas e nas celebrações. No início eram eles que buscavam o sacerdote para celebrar a missa. Iam buscar em São José, ou no Colégio Catarinense ou em outro lugar qualquer. Não mediram esforços para a construção da Igreja Matriz, da Casa Paroquial e do Centro Comunitário. Sempre estiveram presentes na vida desta comunidade, os irmãos: Norberto João Vieira e Olindina; José João Vieira e Albertina; Osni João Vieira e Renildes; Germano João Vieira e Leopoldina e o Alzemiرو João Vieira e Vanica.

Adélia B. Koerich e  
Maria Alzira G. D. da Silva

## Pia União de Santo Antônio

Em reunião coordenada pelo Pe. Sérgio e a presença de 10 pessoas, no dia 12 de agosto, foi criada a Pastoral da Pia União de Santo Antônio. A principal atribuição do grupo é a distribuição de pãezinhos abençoados, após a Missa das terças-feiras. A equipe reúne-se todas as terças-feiras para embalar cerca de 300 pãezinhos e anexar, individualmente, uma mensagem. Estes pãezinhos abençoados algumas vezes servem de *remédio* para os doentes, em especial os idosos. Na Trezena de Santo Antônio foram distribuídos cerca de 12 mil pãezinhos. A ação só é possível graças a alguns doadores, principalmente a Padaria Juliana.

## Campanha

A Pastoral da Pia União Santo Antônio quer ajudar as 470 crianças do Educandário Santa Catarina, levando-lhes pão. Por isso pede que as pessoas interessadas em colaborar levem pães nas terças-feiras da terceira semana de cada mês na secretaria paroquial. Os donativos vão ser abençoados na missa da terça-feira e no dia seguinte levados ao centro de formação.

## A casa do senhor é a sua casa

Como você gosta que sua casa esteja para receber seus amigos? Com certeza, bem arrumada, confortável, bonita para que todos sintam-se bem. Com a casa do Senhor, não é diferente. Precisamos fazer com que ela seja a mais bonita da Comunidade para que, ao chegar perto de Jesus para agradecer a sua vida, pedir forças para a caminhada, você possa sentir-se bem e confortável. Jesus ficará muito feliz se você fizer da casa dele o seu ninho de amor, pois ele te ama muito. Portanto, no Kobrasol, estamos construindo a igreja da comunidade católica e precisamos de sua ajuda. A construção está em andamento e não pode parar. Colabore com esta obra e concorra a um Corsa, uma Moto e três Televisores. Informe-se na Secretaria da Capela ou pelo telefone 259-6142. Venha conhecer nossa obra pessoalmente, em frente a Praça do Kobrasol. Vamos abraçar esta causa juntos.

O Informativo BOA NOVA é o órgão de divulgação da Paróquia Santo Antônio - Campinas - São José - SC. Telefone 241-0637. A tiragem desta edição é de 5.000 exemplares. Equipe do Jornal: Nadir Antonio Mussio, Djalma Lemes, Karla Santos Colombi, Pe. Valdemar Groh, Luiz Erardo, Maria Alzira Dutra e Silva e Auri Abílio de Souza.



## Nossa História

Nesta edição continuamos a registrar pequenos detalhes na formação de nossa comunidade, sobretudo no aspecto religioso, lembrando as famílias fundadoras da comunidade de Campinas.

**João Leodoro da Silva** (seu Zé Laurentino) - morava aqui, antes de 1920. Tinha matadouro, açougue, curtume e engenho de farinha. Atualmente no local situam-se os depósitos das lojas Koerich.

**Francisco Cardoso** - plantador de mandioca. Morava onde é hoje a Agropecuária Sens. Seu filho Nilo Cardoso é atuante na Comunidade.

**João Luiz Machado** - morava onde hoje é o Posto Matias. Tinha vários filhos, entre eles Da Lourdes, Ministra Extraordinária da Comunhão e por vários anos foi responsável pelos serviços da Igreja.

**Família Di Bernardi** - O Sr. Elizeu Di Bernardi era dono de gran-

# Recordações gota a gota

de parte dos terrenos de Campinas. Doou parte do terreno para a construção da primeira capela. O Sr. Salvador Di Bernardi era proprietário da Imobiliária e vendia os lotes do seu irmão Elizeu. A imobiliária localizava-se onde é atualmente e empresa Phillipi e Cia. Em 1.953 foi feito o primeiro loteamento urbano. O Sr. Altamiro Di Bernardi, filho do Sr. Salvador doou a imagem de Santo Antônio. O Sr. Salvador participava freqüentemente das festas e leilões da Igreja. Para representar a família temos a Sra. Iracema Di Bernardi Martins, esposa do Sr. Antônio Martins.

**Willi Steimbach** (tio do Sidini) - Roçou banhados para a construção da primeira capela. Sua esposa lavava roupa numa laje por onde corria o riacho, onde foi construído o primeiro salão de festas. Também, na sua casa eram assados boios e galinhas para as festas de Igreja.

**Laudelino Andrade** (seu Laudico) - trabalhou muito abrindo valas para os primeiros loteamentos.

**Osuar Cupertino Xavier** (Marzinho) - Tinha armazém, abate de su-

ínos e fábrica de lingüiça. Trabalhou muito na Igreja. Ajudava nas festas e nas celebrações.

**Francisco Jacó Alexandre e Dona Terezinha** - Participaram ativamente da Igreja desde que a Igreja era na casa da escola. Ele assava churrasco com o Srs. Leonardo e Santo e ela coordenava a cozinha nas festas da comunidade.

**Maria Heidcheidt** - Uma das primeiras colaboradoras a trabalhar na cozinha e assar galinhas para as festividades da Igreja.

**Zulmira Maria Ouriques** - nasceu em Campinas em 1.924. Foi a primeira servente da escola. Função que ainda exerce na Escola Básica Prof. Laércio Caldeira de Andrada.

**Terezinha Feletti** - Foi a primeira professora de corte e costura da Ação Social Paroquial. Atualmente coordena o grupo da terceira idade desta comunidade. Foi também, uma das primeiras catequistas da Igreja de Campinas.

Adélia B. Koerich e  
Maria Alzira G. D. da Silva

## Campanhas

Na Capela do Kobrasol, realiza-se a *Campanha do Quilo* na primeira sexta-feira de cada mês e/ou nas quartas-feiras, na Novena de N. S. do Perpétuo Socorro. Colabore, faça sua doação através de entidade reconhecida. Ela sabe realmente, quem mais precisa.

O Educandário Santa Catarina precisa de ajuda financeira, de alimentos e mão-de-obra especializada nas áreas médica, psicológica, dentária, enfermagem, eletricidade e manutenção predial. Colabore com a entidade que educa, alimenta e cuida de 470 crianças carentes de zero a sete anos. Faça contato com a Dona Cléia (Diretora) pelo telefone 247-0877 ou visite-o na Rua João Grumiché, s/n - Roçado - São Jose.

O Informativo BOA NOVA é o órgão de divulgação da Paróquia Santo Antônio - Campinas - São José -SC. Telefone 241-0637. A tiragem desta edição é de 5.000 exemplares. Equipe do Jornal: Nadir Antonio Mussio, Djalma Lemes, Karla Santos Colombi, Pe. Valdemar Groh, Luiz Eraldo, Maria Alzira Dutra e Silva e Auri Abílio de Souza. Assessoria do jornalista Jaime Luccas.

## Cursos na Paróquia

Continuam abertas as inscrições para os cursos de violão, teclado, instrumentos de sopro, datilografia, crochê, pintura em tela, corte e costura, cabeleireiro, manicure e pedicure, decoração de interiores. Os cursos são promovidos pela Ação Social Paroquial e acontecem no Salão Paroquial de segunda a sexta-feira, das 14:00 às 17:00 horas. Informações na secretaria ou pelo fone 241-0637.

## Catequese

No dia 04 iniciam os encontros de Catequese para a *Primeira Eucaristia e Crisma*, em todas as Comunidades da Paróquia (Campinas, Kobrasol e Roçado).

**LAZER**  
Vestir Você

Av. Central, 709 - Kobrasol - S. Jose  
Rua Álvaro de Carvalho, 346 e  
Rua João Pinto, 30 - Florianópolis



## **ANEXO 2**

**Mapa dos Bairros de Campinas e Kobrasol**



## **ANEXO 3**

## FICHAS DE ACOMPANHAMENTO;

- da Criança – FAC,
- de Gestantes,
- de Hipertensos,
- de Diabéticos,
- de Tuberculose,
- cadastro de informações familiar,
- relatório da situação de saúde e acompanhamento das famílias na área/equipe,
- registro de atividades, procedimentos e notificações,
- relatório de produção e de marcadores para a avaliação,
- ficha cadastral familiar – dados individuais,
- registro diário das visitas domiciliares,
- requisição do exame citopatológico.



## Ficha de Acompanhamento da Criança - FAC

C. S.:		ÁREA:	MICRO ÁREA:	NOME A. C. S.:																				
CRIANÇA	Nome:											Nascimento: / /			N.º SUS:									
	Responsável:							Telefone P/Contato:							N.º Sisvan:									
	Endereço:											N.º		Referência:										
	Peso ao Nascer: gr					Maternidade					Município:													
	Agendamento Consulta Neonatal: S/N ( )											Teste Pezinho: S/N ( )					Data / /							
ESPECIFICAÇÃO	DE 0 à 29 Dias	MESES										1 ANO e												
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	0 m	1 m	2 m	3 m	4 m	5 m	6 m	7 m	8 m	9 m	10 m	11 m
0 - Data da Visita																								
1 - Consulta																								
2 - Peso																								
3 - Estado Nutricional																								
4 - Amamentação																								
5 - Consulta Dentista																								
6 - Hospitalização																								
7 - Terapia Reidratação Oral																								
8 - Diarréia																								
9 - Programa Suplemento Alimentar																								
10 - Infecção Respiratória																								
11 - Creche																								
12 - Outras Intercorrências																								
13 - Observações													Encaminhamentos:											

### IMUNIZAÇÃO - Esquema Básico de Vacinas

DOSES	VACINAS	ANTIPÓLIO	TRÍPLICE (DPT)	ANTI SARAMPO	BCG	HEPATITE B	TRIVIRAL	HIB
1.ª	DATA	2 MESES	2 MESES	9 MESES	AO NASCER	AO NASCER	1 ANO E 3 MESES	2 MESES
2.ª	DATA	4 MESES	4 MESES	<b>X</b>	<b>X</b>	1º MÊS	<b>X</b>	4 MESES
3.ª	DATA	6 MESES	6 MESES	<b>X</b>	<b>X</b>	6 MESES	<b>X</b>	6 MESES
1.º REFORÇO	DATA	1 ANO E 3 MESES	1 ANO E 3 MESES	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>
2.º REFORÇO	DATA	<b>X</b>	5 ANOS	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>	<b>X</b>





Identificação da gestante	Data da última regra	Data provável do parto	Data da Vacina		Estado Nutricional: D - Desnutrida N - Nutrida									Data da consulta de pré-natal									Fatores de risco			Resultado da gestação atual		Data da consulta de puerpério									
			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6 ou mais gestações	Natimorto / Aborto	36 anos ou mais	Menos de 20 anos	Sangramento	Edema	Diabetes	Pressão Alta	NV	NM	AB	1	2
Nome:			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6 ou mais gestações	Natimorto / Aborto	36 anos ou mais	Menos de 20 anos	Sangramento	Edema	Diabetes	Pressão Alta	NV	NM	AB	1	2
Endereço:	OBS:		Data da visita ACS																																		
Nome:			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6 ou mais gestações	Natimorto / Aborto	36 anos ou mais	Menos de 20 anos	Sangramento	Edema	Diabetes	Pressão Alta	NV	NM	AB	1	2
Endereço:	OBS:		Data da visita ACS																																		
Nome:			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6 ou mais gestações	Natimorto / Aborto	36 anos ou mais	Menos de 20 anos	Sangramento	Edema	Diabetes	Pressão Alta	NV	NM	AB	1	2
Endereço:	OBS:		Data da visita ACS																																		
Nome:			1	2	3	R	1	2	3	4	5	6	7	8	9	1	2	3	4	5	6	7	8	9	6 ou mais gestações	Natimorto / Aborto	36 anos ou mais	Menos de 20 anos	Sangramento	Edema	Diabetes	Pressão Alta	NV	NM	AB	1	2
Endereço:	OBS:		Data da visita ACS																																		















# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ / SC

Secretaria Municipal da Saúde  
Programa Agente Comunitário de Saúde

## 1 - CADASTRO INFORMAÇÕES FAMILIAR - Nº \_\_\_\_\_

1.1 Data Cadastro	1.2 ACS	1.3 Distrito Sanitário	1.4 Área	1.5 Micro Área	1.6 Família	1.7 MS Link	1.8 Distrito	Setor	Quadra	Lote	Und	SU
1.9 - Endereço												
1.10 - Número												
1.11 - Complemento												
1.12 - CEP				1.13 - Bairro				Código		1.14 - Telefone		

## 2 Características da Edificação

2.1 Tipologia				2.2- Tipo de Material Utilizado				2.3- Conservação			
01	Casa	08	Industria	01	Tijolo	01	Ótima				
02	Apartamento	09	Depósito	02	Madeira	02	Boa				
03	Sobrado	10	Barraco	03	Material Aproveitado	03	Regular				
04	Loja / Sala	11	Cobertura metálica	04	Outro - Especificar	04	Precária				
05	Garagem	00	Outros								
06	Galpão										
07	Telheiro										

2.4- Destinação			2.5- Uso			2.6- Características		
01	Residencial	01	Próprio	Quanto ao USO se for 02,03 e 04 verificar o interesse por adquirir o imóvel próprio SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/>		01	Particular	
02	Comercial	02	Alugado			02	Municipal	
03	Industrial	03	Cedido			03	Estadual	
04	Prest. de Serviços	04	Posse			04	Federal	
05	Serviço Público	Caso afirmativo Especificar o tipo de imóvel			05	Área Invasiva		
06	Institucional				2.7- Imóvel Sujeito a Enchentes			
07	Fundação				01 Sim <input type="checkbox"/> 02 Não <input type="checkbox"/>			
08	Religioso				Indicar o nº de enchentes sofridas nos últimos 03 anos			
			01	Lote Individual				
			02	Loteam. Popular				
			03	Hab. Popular				

## 3 - Dados Gerais

3.1 - Número de Cômodos	3.2 - Destino do Lixo	3.3 - Abastecimento D'água	3.4 - Tratamento D'água	3.5 - Rede de Esgoto
Especificar Número de cômodos	01 Coletado	01 Rede geral	01 Filtração	01 Sistema Esgoto
	02 Queimado/ Enterrado	02 Poço	02 Coloração	02 Fossa
	03 Céu Aberto	03 Nascente	03 Fervura	03 Céu Aberto
		04 Reservatório	04 Sem Tratamento	

3.6 - Pessoas que trabalham	3.7 - Renda familiar (Salário mínimo)	3.8 - Número de Pessoas na residência	3.9 - Meio de comunicação	3.10 - Meio de transporte
01 Um	01 Um	01 Até 5 anos	01 Televisão	01 Coletivo urbano
02 Dois	02 Dois a três	02 6 até 10 anos	02 Rádio	02 Automóvel
03 Três	03 Quatro a cinco	03 11 a 14 anos	03 Jornal	03 Caminhão
04 Quatro	04 Cinco a dez	04 15 a 19 anos	04 Telefone	04 Motocicleta
05 Mais de cinco	05 Acima de dez	05 Acima de 19 anos	05 Rádio amador	05 Bicicleta
ENERGIA ELÉTRICA			Rádio Amador Prefixo	06 Carroça
01	Padrão CELESC	Em caso de 02,03 e 04 indicar o município de emplacamento do veículo		
02	Com Rabicho			
03	Outro Tipo			
04	Sem energia			
Município de:				



# PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ / SC

Secretaria Municipal da Saúde  
Programa Agente Comunitário de Saúde

4.1

## 4 - ANTECEDENTES FAMILIARES

01	Deficiência Física	06	Hipertensão Arterial
02	Diabetes	07	Acidente vascular cerebral (Derrame)

Medicação		Centro de Saúde:	
01	Farmácia	02	Outros
Especificar			

Nome do agente Comunitário de Saúde	M	F	IDADE	/	
	M	F		/	
	M	F		/	
Assinatura do Enfermeiro Supervisor	Observação:				
Nome da pessoa que forneceu os dados					

Espaço reservado para elaboração de Croqui e outras informações necessárias:

--

Relatório SSA2		SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA					MÊS: [ ] [ ]	ANO: [ ] [ ] [ ] [ ]			
MUNICÍPIO (nome):		MUNICÍPIO (código): [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]		SEGMENTO [ ] [ ]	UNIDADE [ ] [ ] [ ] [ ]	ÁREA [ ] [ ] [ ] [ ]					
RELATÓRIO DA SITUAÇÃO DE SAÚDE E ACOMPANHAMENTO DAS FAMÍLIAS NA ÁREA/EQUIPE											
MICROÁREA →	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Nascidos vivos no mês											
RN pesados ao nascer											
RN pesados ao nascer, com peso <2500g											
De 0 a 3 meses e 29 dias											
Aleitamento exclusivo											
Aleitamento misto											
De 0 a 11 meses e 29 dias											
Com as vacinas em dia											
Pesadas											
Desnutridas											
De 12 a 23 meses e 29 dias											
Com as vacinas em dia											
Pesadas											
Desnutridas											
Menores de 2 anos											
Que tiveram diarreia											
Que tiveram diarreia e usaram TRO											
Que tiveram infecção respiratória aguda											
Cadastradas											
Acompanhadas											
Com vacina em dia											
Fez consulta de pré-natal no mês											
Com pré-natal iniciado no 1º Tri											
<-20 anos cadastradas											

C R I A N Ç A S

G E S T

MICROÁREA 	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	TOTAL
Diabéticos cadastrados acompanhados											
Hipertensos Cadastrados Acompanhados											
Pessoas com Tuberculose Cadastradas Acompanhadas											
Pessoas com Hanseníase Cadastradas Acompanhadas											
Menores de 5 anos por pneumonia											
Menores de 5 anos por desidratação											
Por abuso de álcool											
Por complicações de Diabetes											
Por outras causas											
<b>Total</b>											
Internações em hospital psiquiátrico											
De menores de 28 dias											
Por diarreia											
Por infecção respiratória aguda											
Por outras causas											
De 28 dias a 11 meses e 29 dias											
Por diarreia											
Por infecção respiratória											
Por outras causas											
De menores de 1 ano											
Por diarreia											
Por infecção respiratória											
Por outras causas											
De mulheres de 10 a 49 anos											
De 10 a 14 anos											
De 15 a 49 anos											
Outros óbitos											
Total de óbitos											
De adolescentes (10-19 anos) por violência											
Total de famílias cadastradas											
Visita domiciliar - ACS											

**H O S P I T.**

**Ó B I T O S**

<b>FICHA D</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE</b>										ANO
	<b>SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>										
MUNICÍPIO	SEGMENTO	UNIDADE	ÁREA	MICROÁREA	PROFISSIONAL					MÊS	

**REGISTRO DE ATIVIDADES, PROCEDIMENTOS E NOTIFICAÇÕES**

DIAS	↑	Total	Total
Residentes fora da área de abrangência			
< 1			
1-4			
5-9			
10-14			
15-19			
20 - 39			
40 - 49			
50 - 59			
60 e mais			
Total			
Total geral de consultas			
Puericultura			
Pré-Natal			
Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino			
DST/AIDS			
Diabetes			
Hipertensão Arterial			
Hanseníase			
Tuberculose			
Patologia Clínica			
Radiodiagnóstico			
Citopatológico cervico-vaginal			
Ultrassonografia obstétrica			
Outros			
Encaminhamentos médicos			
Atend. Especializado			
Internação Hospitalar			
Urgência/Emergência			
Internação Domiciliar			

DIAS														Total			
P	Atendimento específico para AT																
R	Visita de Inspeção Sanitária																
O	Atend. individual prof. nível superior																
C	Curativos																
E	Inalações																
D	Injeções																
J	Retirada de pontos																
M	Terapia da Reidratação Oral																
E	Sutura																
N	Atend. Grupo. Educação em Saúde																
T	Procedimentos Coletivos I (PCI)																
O	Reuniões																
S	Visita domiciliar																
N O T I F I C A Ç Õ E S	2 anos que tiveram diarreia																
	2 anos que tiveram diarreia e usaram TRO																
	2 anos que tiveram infecção Respiratória Aguda																
	Pneumonia em 5 anos																
	Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos																
	Acidente Vascular Cerebral																
	Infarto Agudo do Miocárdio																
	DHEG (forma grave)																
	Doença Hemolítica Perinatal																
	Fraturas de colo de fêmur em 50 anos																
	Meningite tuberculosa em 5 anos																
	Hanseníase com incapacidade II e III																
	Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)																

HOSPITALIZAÇÕES

DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA	NOME DO HOSPITAL

ÓBITOS

DATA	NOME	ENDEREÇO	SEXO	IDADE	CAUSA

<b>Relatório PMA 2</b>	<b>SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE SÃO JOSÉ - PACS SIAB - SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE ATENÇÃO BÁSICA</b>				
<b>MUNICÍPIO DE SÃO JOSÉ 4 2 1 6 6 0</b>	<b>SEGMENTO</b> [ ] [ ]	<b>UNIDADE</b> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]	<b>ÁREA</b> [ ] [ ] [ ] [ ]	<b>MÊS</b> [ ] [ ] [ ] [ ]	<b>ANO</b> [ ] [ ] [ ] [ ] [ ] [ ]

### RELATÓRIO DE PRODUÇÃO E DE MARCADORES PARA AVALIAÇÃO

ATIVIDADES / PRODUÇÃO			
CONSULTAS	residentes fora da área de abrangência		
	residentes na área de abrangência da equipe	<1	
		1-4	
		5-9	
		10-14	
		15-19	
		20 - 39	
		40 - 49	
		50 - 59	
		60 e mais	
Total			
Total geral de consultas			
Tipo de Atendimento de Médico e de Enfermeiro	Puericultura		
	Pré-Natal		
	Prevenção do Câncer Cérvico-Uterino		
	DST/AIDS		
	Diabetes		
	Hipertensão Arterial		
	Hanseníase		
	Tuberculose		
Solicitação médica de exames complementares	Patologia Clínica		
	Radiodiagnóstico		
	Citopatológico cérvico-vaginal		
	Ultrassonografia obstétrica		
	Outros		
Encaminhamentos médicos	Atend. Especializado		
	Internação Hospitalar		
	Urgência/Emergência		
Internação Domiciliar			
P	Atendimento específico para AT		
R	Visita de Inspeção Sanitária		
O	Atend. individual Enfermeiro		
C	Atend. individual outros prof. nível superior		
E	Curativos		
D	Inalações		
I	Injeções		
M	Retirada de pontos		
E	Terapia da Reidratação Oral		
A	Sutura		
T	Atend. Grupo. Educação em Saúde		
O	Procedimentos Coletivos I (PC I)		
S	Reuniões		

MARCADORES	
Valvulopatias reumáticas em pessoas de 5 a 14 anos	
Acidente Vascular Cerebral	
Infarto Agudo do Miocárdio	
DHEG (forma grave)	
Doença Hemolítica Perinatal	
Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos	
Meningite tuberculosa em menores de 5 anos	
Hanseníase com grau de incapacidade II e III	
Citologia Oncótica NIC III (carcinoma in situ)	
RN com peso < 2500g	
Gravidez em < 20 anos	
Hospitalizações em < 5 anos por pneumonia	
Hospitalizações em < 5 anos por desidratação	
Hospitalizações por abuso de álcool	
Hospitalizações por complicações do Diabetes	
Hospitalizações por qualquer causa	
Internações em Hospital Psiquiátrico	
Óbitos em < 1 ano por todas as causas	
Óbitos em < 1 ano por diarreia	
Óbitos em < 1 ano por infecção respiratória	
Óbitos de mulheres de 10 a 49 anos	
Óbitos de adolescentes (10-19) por violência	

VISITAS DOMICILIARES	
Médico	
Enfermeiro	
Outros profissionais de nível superior	
Profissionais de nível médio	
ACS	
<b>Total</b>	

**FICHA CADASTRAL FAMILIAR - DADOS INDIVIDUAIS - Nº ( \_\_\_\_\_ )**

<b>1-NOME</b>																								

<b>2-Sexo</b>		<b>3-Data Nascimento</b>					<b>4-Idade Presumi- da</b>	<b>RAÇA /COR</b>	1-Branca ( ) 2-Negra ( ) 3-Parda ( ) 4-Amarela ( ) 5-Indígena ( )	<b>5-Plano de Saúde</b>		<b>Se Afirmativo identificar qual</b>				
M	01									01 SIM	02 NAO					
F	02									<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>					

<b>6-Nome da Mãe</b>																								

<b>Nome do Pai</b>																								

<b>7-Nacionalidade</b>					<b>Código</b>					<b>8-Naturalidade</b>					<b>Código</b>				

<b>9-Estado Civil</b>										<b>10-Procendência</b>										<b>Código</b>				
01 Casado(a)																								
02 Solteiro(a)										01 <b>Motivo</b>														
03 Desquitado(a)										02 Nasceu em São José														
04 Separado(a) judicialmente										03 Em Busca de emprego														
05 Separado(a) não judicialmente										04 Por ter emprego garantido														
06 Divorciado(a)										05 Para desenvolver empresa (peq. ou média) própria														
07 Viúvo(a)										06 Para oferecer estudos aos filhos ou para estudar														
08 Amasiado(a) ou Ajuntado(a)										07 Em busca de melhor tratamento de saúde														
										08 Em busca de melhor qualidade de vida														
										09 Para acompanhar os pais														
										09 Outros:														
										<b>11- Tempo de residência</b>					<b>Anos</b>					<b>Meses</b>				

<b>12 - Grau Familiar</b>										<b>13-Frequenta a Escola</b>										<b>14-Participa de Grupos Comunitários</b>				
01 Responsável Pela Família										01 <b>SIM</b> 02 <b>NÃO</b>														
02 Cônjuge / Companheiro(a)										<b>Escolaridade</b>										01 <b>SIM</b> 02 <b>NÃO</b>				
03 Filho(a) / Enteado(a)										01 1º Grau Incompleto										01 Cooperativa				
04 Pai / Mãe / Sogro(a)										02 1º Grau Completo										02 Grupo Religioso				
05 Neto(a) / Bisneto(a)										03 2º Grau Incompleto										03 Associações				
06 Irmã / Irmão										04 2º Grau Completo										04 Outros				
07 Outro Parente										05 Superior Incompleto										Especificar				
08 Agregado										06 Superior Completo														
09 Pensionista										07 Não Alfabetizado(a)														
10 Empregado(a) Doméstico(a)										08 Em Alfabetização														
11 Parente de Empregado(a) Doméstico(a)																								

<b>15 - Profissão</b>					<b>Código</b>					<b>16 - Emprego / Ocupação</b>					<b>Código</b>														
<b>17-Carteira de Identidade</b>										<b>18-PIS / PASEP</b>																			
<b>19 - CPF</b>										<b>20-Número do Cadastro no SUS</b>																			
<b>21-Título Eleitoral</b>																													
<b>22-Certidão de Nascimento-Cartório/Município</b>										<b>Livro</b>					<b>Folha</b>					<b>Termo</b>					<b>Emissão</b>				
																									/ /				

<b>23-INDICAÇÃO DE DOENÇAS E/OU CONDIÇÕES REFERIDAS</b>																								
01 AIDS					02 Alcoolismo					03 Chagas					04 Deficiência									
05 Diabetes					06 Gestação					07 Hipertensão arterial					08 Tuberculose									
09 Hanseníase					10 Malária					11 Hepatite					12 Obesidade									
13 Diarréia					14 Rubéola					15 Desnutrição Grave														

<b>24-CASO GESTANTE - INFORMAR</b>																								
<b>TEMPO DE GESTAÇÃO</b>					____ MESES					Faz Pré-natal					01 <b>SIM</b> 02 <b>NÃO</b>					Onde ?				







# RESULTADO DO EXAME CITOPATOLÓGICO

## Diagnóstico

Número do Exame

Recebido em:

Nome do Laboratório

C.G.C. do Laboratório

### I - Dentro dos limites da Normalidade

- 01 - Sem Células Anormais  
 02 - Alterações Celulares Benignas

Alterações Reativas e/ou Reparativas

- 03 - Inflamação  
 04 - Metaplasia Escamosa  
 05 - Reparação  
 06 - Atrofia com Inflamação  
 07 - Radiação  
 08 - Outros

---

---

### II - Alteração em Células Epiteliais

Em Células Escamosas

- 19 - Atipias de Significado Indeterminado  
 20 - Efeito Citopático Compatível com HPV  
 21 - NIC I (Displasia Leve)  
 22 - NIC II (Displasia Moderada)  
 23 - NIC III (Displasia Acentuada / Carcinoma "in situ")  
 24 - Carcinoma Escamoso Invasor

Em Células Glandulares

- 25 - Atipias de Significado Indeterminado  
 26 - Adenocarcinoma "in situ"  
 27 - Adenocarcinoma invasor  
 28 - Outras Neoplasias Malignas

---

---

### Microbiologia

- 09 - Lactobacilos  
 10 - Cocos  
 11 - Bacilos  
 12 - Sugestivo de Chlamydia sp  
 13 - Actinomyces sp  
 14 - Candida sp  
 15 - Trichomonas Vaginalis  
 16 - Virus do Grupo Herpes  
 17 - Gardnerella Vaginalis  
 18 - Outros

---

---

### III - Células Endometriais

- 29 - Presentes  
 30 - Ausentes  
  
 31 - Observações Gerais

---

---

## AMOSTRA

- 32 - Satisfatória  
 33 - Satisfatória mas Limitada  
 34 - Insatisfatória

---

---

Data da Liberação do Resultado

Responsável pelo Resultado

CPF

## **ANEXO 4**

## Instrumento de Entrevista

Dados de Identificação:

Data: \_\_\_\_\_

Família: \_\_\_\_\_

ACS: \_\_\_\_\_ PSF( ) PACS( )

Telefone para contato: \_\_\_\_\_

1. Ter um problema de saúde significa para você, **acima de tudo:**
  - ( ) algo vergonhoso, diante dos amigos, vizinhos, familiares (dimensão social)
  - ( ) algo incapacitante, que traz limitações para o trabalho, para o lazer (dimensão social)
  - ( ) algo doloroso fisicamente (dimensão biológica, física)
  - ( ) algo que entristece o viver (dimensão emocional)
  - ( ) uma experiência de vida que leva ao crescimento espiritual (dimensão espiritual)
  - ( ) nenhuma das alternativas
  - ( ) outras (especificar): \_\_\_\_\_
  
2. Um problema de saúde **sempre** traz consigo:
  - ( ) uma insatisfação (dimensão emocional)
  - ( ) uma invalidez, uma limitação para o trabalho, para o lazer (dimensão social)
  - ( ) uma incapacidade física ou uma dor física (dimensão física, biológica)
  - ( ) uma oportunidade para repensar os valores, a própria vida (dimensão espiritual)
  - ( ) nenhuma das alternativas
  - ( ) outras (especificar): \_\_\_\_\_
  
3. Para você – necessidade de saúde é – **acima de tudo:**
  - ( ) ter bons hábitos higiênicos pessoais e no ambiente da moradia (dimensão biológica)
  - ( ) ter uma boa alimentação (dimensão biológica)
  - ( ) fazer exames médicos periodicamente (dimensão biológica)
  - ( ) estar com esquema de imunizações sempre atualizados (dimensão biológica)
  - ( ) não ter nenhum tipo de doença (dimensão biológica)
  - ( ) não ter doença grave (dimensão biológica)
  - ( ) não ter doença contagiosa (dimensão biológica)
  - ( ) não usar drogas, incluindo o alcoolismo (dimensão biológica / social)
  - ( ) ter uma vida sexual regrada (dimensão biológica / social)
  - ( ) poder desfrutar do lazer com os amigos e familiares (dimensão social)
  - ( ) ter emprego, estabilidade financeira (dimensão social)
  - ( ) sentir-se contente, feliz, em paz consigo mesmo e com outros (dimensão emocional)
  - ( ) praticar uma religião, ter fé (dimensão espiritual)
  - ( ) nenhuma das alternativas
  - ( ) outras (especificar): \_\_\_\_\_

4. Um problema de saúde é relacionado **sempre** com:

- uma indisposição física, mesmo sem ter um diagnóstico médico definido (d. biológica)
- qualquer tipo de doença diagnosticada pelo médico (dimensão biológica)
- uma doença grave diagnosticada pelo médico (dimensão biológica)
- uma doença contagiosa diagnosticada pelo médico (dimensão biológica)
- um desconforto emocional: tristeza, desânimo, incômodo (dimensão emocional)
- mau olhado, inveja, desavenças, intrigas pessoais (dimensão social)
- falta de sorte, vontade do destino, vontade de Deus (dimensão espiritual)
- nenhuma das alternativas
- outras (especificar): \_\_\_\_\_

5. Os problemas de saúde são resolvidos **geralmente**:

- pela própria família, pelos amigos e vizinhos (sistema popular)
- pela benzedeira – através de simpatias, remédios e chás caseiros (sistema popular)
- pela equipe de saúde: médicos, enfermeiras, ACS, outros profissionais da saúde  
(sistema profissional)
- nenhuma das alternativas
- outras (especificar): \_\_\_\_\_

## **ANEXO 5**

### **Relação de doenças de Notificação Compulsória**

GABINETE DO MINISTRO  
PORTARIA Nº 1.943, DE 18 DE OUTUBRO DE 2001

Define a relação de doenças de notificação compulsória para todo território nacional. O Ministro de Estado de Saúde, no uso de suas atribuições, e tendo em vista o disposto no art. 8º, inciso I, do Decreto nº 78.231, de 12 de agosto de 1976, resolve:

Art. 1º Os casos suspeitos ou confirmados das doenças a seguir relacionadas são de notificação compulsória às Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e à Fundação Nacional de Saúde:

1. Botulismo 2. Carbúnculo ou "antraz" 3. Cólera 4. Coqueluche 5. Dengue 6. Difteria 7. Doenças de Chagas (casos agudos) 8. Doenças Meningocócica e outras Meningites 9. Esquistosomose (em área não endêmica) 10. Febre Amarela 11. Febre Maculosa 12. Febre Tifóide 13. Hanseníase 14. Hantavirose 15. Hepatite B 16. Hepatite C 17. Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em gestantes e crianças expostas ao risco de transmissão vertical	18. Leishmaniose Tegumentar Americana 19. Leishmaniose Visceral 20. Leptospirose 21. Malária (em área não endêmica) 22. Meningite por Haemophilus influenzae 23. Peste 24. Poliomielite 25. Paralisia Flácida Aguda 26. Raiva Humana 27. Rubéola 28. Síndrome da Rubéola Congênita 29. Sarampo 30. Sífilis Congênita 31. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) 32. Tétano 33. Tularemia 34. Tuberculose 35. Variola
---	---

Parágrafo único. A ocorrência de agravo inusitado à saúde, independentemente de constar desta relação deverá também ser notificado imediatamente às autoridades sanitárias mencionadas no caput deste artigo.

Art. 2º Deverão ser notificados de forma imediata às Secretarias Estaduais de Saúde e estas deverão informar a FUNASA imediatamente após a notificação os casos suspeitos de botulismo, carbúnculo ou "antraz", cólera, febre amarela, febres hemorrágicas de etiologia não esclarecida, hantavirose, paralisia flácida aguda, peste, raiva humana, tularemia e variola e os surtos ou agregação de casos ou óbitos de agravos inusitados, difteria, doença de etiologia não esclarecida e doença meningocócica.

Art. 3º Deverão ser notificados de forma imediata às Secretarias Estaduais de Saúde e estas deverão informar a FUNASA imediatamente após a notificação os casos confirmados de poliomielite, sarampo e tétano neonatal.

Art. 4º A definição de caso para cada doença relacionada no art. 1º desta Portaria deve obedecer à padronização definida pela Fundação Nacional de Saúde - FUNASA;

Art. 5º O fluxo, a periodicidade e os instrumentos utilizados para a realização da notificação são os definidos nas normas do Sistema de Informações de Agravos de Notificação-SINAN.

Art. 6º Os gestores estaduais e os municipais do Sistema Único de Saúde poderão incluir outras doenças e agravos no elenco de doenças de notificação compulsória, em seu âmbito de competência, de acordo com o quadro epidemiológico local.

Parágrafo único. As inclusões de outras doenças e agravos deverão ser comunicadas pelos gestores estaduais e municipais à Fundação Nacional de Saúde.

Art. 7º Fica revogada a Portaria n.º 933/GM, de 4 de setembro de 2000.

Art. 8º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

JOSE SERRA

## **ANEXO 6**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE CUIDADOS CULTURAIS - REGISTRO DIÁRIO

Identificação da família: Família M<sup>ca</sup> Nome: M

Data / Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família	Definição da situação da família	Planejamento do cuidado (Primeira visita)
09.07.02 No domicílio	A Senhora M <sup>ca</sup> relatou estar sentindo a algum tempo, sintomas frênicos, como tonturas, zumbidos no ouvido, uma sensação geral de mal estar, bem como uma meliga nas pernas. Relata que sente alívio imediato após colocar sal sobre a língua. Refere sentir dificuldades em beber e uma dieta hiposódica (na alimentação raras em sal e gordura). O medicamento anti hipertensão no não ingerido, quando sente os sintomas acima.	Pouco diagnóstico de hipertensão. Diabetes $PA = 160 \times 90 \text{ mmHg}$ $T = 35,5^\circ\text{C}$ $P = 79 \text{ bpm}$	Diante dos problemas levantados, pelo ACS nesta família; algo bem relevante a respeito do senhor S, ao cuidado, referente ao seu problema de saúde. <ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar a necessidade de diminuir a quantidade de sal e gordura das refeições, expondo as alterações na qual o organismo fica sujeito. (Exemplificar, como o sal, no fog em dia churo).</li> <li>Orientar quanto a necessidade de escitar a atenção sobre a importância da seguir a terapêutica medicamentosa.</li> <li>Orientar a necessidade para realizar mais visitas a partir da primeira visita, no período de 15 a 30 dias e supervisão de consultas (medicamentos, enfermagem).</li> </ul>

\* das: A ACS, convidou a Senhora M<sup>ca</sup> para participar às quarta-feira, no período respeitante dos encontros dos grupos de hipertensão, no 2º andar da Policlínica Municipal de Saúde.  
(Conforme relato do ACS, o convite é feito a muito tempo, a Senhora M<sup>ca</sup>, sempre acha uma desculpa, para não participar, pois acha um trabalho muito difícil).

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE CUIDADOS CULTURAIS – REGISTRO DIÁRIO

Identificação da família: Família Mar Nome: M (65 anos)

Data / Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família	Definição da situação da família	Implementação do cuidado (Segunda visita)	Evolução
30.07.02 2ª visita domiciliar.	<p>Durante a visita a Senhora M continuou relatando os sintomas de mal-estar, náusea, febre, principalmente quando se incomoda. Os principais remédios é aderir ao salmão e reflexões.</p> <p>Sempre muito ansiosa nelas tentativas de melhorar.</p> <p>Mas, não ingere a medicação, conforme prescrição médica.</p>	<p>Calculadora - mentores e tera na medicação tem inadequação culturalmente.</p> <p> <math display="block">\begin{cases} PA = 150 \times 100 \text{ mmHg} \\ P = 84 \text{ bpm} \\ T = 36^\circ\text{C} \end{cases}</math> </p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientada a necessidade de diminuir uma quantidade de salmão, mesmo que minimize nas refeições de rol e gelatina.</li> <li>Indicados as melhores fontes de alimentos, como filés de carnes brancas, frango, proteínas de baixo carboidrato.</li> <li>Alertada e estimulada a realizar exercícios físicos e seguir as recomendações médicas (medicação).</li> <li>Orientada sobre a importância de monitorização da PA sem consultas médicas ou de enfermagem.</li> </ul>	<p>Tentativa de Repadronização do Cuidado Cultural</p>

\* Durante a visita nos prontificamos a agendar uma consulta médica, com a médica da Família, na Policlínica Municipal de São José, no dia seguinte a consulta foi agendada e a Senhora M recebeu atendimento do Médico do PST. Dias depois retornamos a sua casa, e havendo os médicos não foram ainda não medicada.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA – UFSC  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE CUIDADOS CULTURAIS – REGISTRO DIÁRIO

Identificação da família: Família Florista Nome: Senhora "F"

Data / Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família	Definição da situação da família	Planejamento do cuidado (Primeira visita)
17.07.02 No domicílio	<p>A rotina diária da família Florista, é baseada em uma dieta hiperosmótica e hipercalórica. Com um controle da medicação pela Senhora "F" e de seu esposo. A Senhora "F" sempre realiza caminhadas por saber que o exercício físico é de grande valia para hipertensos, também participa do grupo de idosos da Paróquia. Relata a utilização dos ervas de seu quintal (chá) para o tratamento de seus problemas e de sua família.</p>	<p>Diagnóstico de hipertensão e doença osteopora.  <math>PA = 160 \times 100 \text{ mmHg}</math>  <math>P = 81 \text{ bpm}</math>  <math>T = 35,8^\circ\text{C}</math></p> <p>Soçobito, sintomas culturais normalmente mantido</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimular a continuidade do tratamento hiperosmótica e hipercalórica</li> <li>Orientar para avaliar o ambiente domiciliar para riscos potenciais por exemplo, pacotes dispersos, animais domésticos.</li> <li>Estimular a continuidade do tratamento anti-hipertensivo e da osteopora (terapia medicamentosa e chás naturais)</li> <li>Estimular a sua participação em grupos de palestras, bem como encorajar as caminhadas diárias.</li> </ul>

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE CUIDADOS CULTURAIS - REGISTRO DIÁRIO

Identificação da família: Família Floresta Nome: Senhora F

Data / Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família	Definição da situação da família	Implementação do cuidado (Segunda visita)	Evolução
06.07.02 de visit la no domic- lio.	Senhora F, relator sempre buscar uma terapêutica natural por- na o problema de saúde da "na família"; Cavalinho para problema de osteopenia, chá de "alecrim" para a mes- ma osteopenia alta, chá de tauragem quando há dor de garganta ou en- flamação - funciona como Atropectol de grande valia. chá de losna - problemas de macis.	Políticos ali- mentares cul- turalmente mantidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estimulada a continuar o controle adequado da dieta em seus refeições.</li> <li>Orientada sobre os sinais de osteopenia, deor- da a sua dieta osteopenia</li> <li>Estimulada a seguir sua terapêutica medicamentosa, bem como a natural.</li> <li>Convindicada a participar do grupo de hipertensão na Poli- clínica.</li> </ul>	Cuidador Culturais - Mantidos.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE CUIDADOS CULTURAIS - REGISTRO DIÁRIO

Identificação da família: Família Campo Nome: "C"

Data / Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família	Definição da situação da família	Planejamento do cuidado (Primeira visita)
15.07.02 No domicílio	<p>O senhor "C" durante a visita realizada não expôs estar bem, sem maiores problemas relacionados a saúde.</p> <p>Relatou que sua alimentação é quando almoça em casa e quando chega em suas viagens, quer seja em viagens de trabalho ou lazer, não possui em sua bagagem sua medicação e é controlado, no sentido de ingerir diariamente, sem horários estipulados.</p>	<p>Possui diagnóstico de Hipertensão.</p> <p>PA = 150 x 90 mmHg                      T = 36,3°C                      P = 85 bpm</p> <p>Hábitos alimentares culturalmente inadequados.</p> <p>Hipertensão não tem significado de risco para a família.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar quanto a diminuição do sal e gordura na alimentação.</li> <li>• Orientar quanto a importância de exercícios físicos.</li> <li>• Alertar a necessidade de monitorar os níveis de PA, bem como de consultar médicas e de enfermagem.</li> <li>• Informar sobre a importância de seguir a terapêutica medicamentosa regularmente (em horário fixo, aderindo a possibilidade de esquecimento).</li> </ul>

\* No decorrer da visita a ACS, informou à família o convite a participar de encontros de grupos de hipertensão na Biblioteca Municipal de São José.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA - UFSC  
 CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
 DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

PROCESSO DE CUIDADOS CULTURAIS - REGISTRO DIÁRIO

Identificação da família: Família Campos Nome: "C"

Data / Local	Reconhecimento da situação cultural e de saúde da família	Definição da situação da família	Implementação do cuidado (Segunda visita)	Evolução
05.08.02 2ª visita no domicílio.	<p>O Senhor "C", relata estar com uma alimentação mais controlada, e auto-orientado no sentido de restringir o sal e a gordura de suas refeições.</p> <p>Mas, continua a ingerir suas medicações sem horário fixo.</p> <p>Não há controle de sua PA e sua última consulta não sabe informar, faz tempo.</p>	<p>Hábito alimentar não controlado, no momento recente reacompanhado.</p> <p>PA = 140/90 mmHg                      P = 82 bpm                      T = 36,2°C</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientado e estimulado a seguir uma dieta hiposódica e hipocalórica, e orientado a não fazer mais exercícios físicos.</li> <li>Orientado para a importância de fazer um controle regular de sua PA, bem como visitas mais regulares ao Médico.</li> <li>Informado sobre a importância da medicação.</li> </ul>	<p>Tentativa de Reprogramação do Cuidado Cultural.</p>

## **ANEXO 7**



Estado de Santa Catarina  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ

Michele/Maura  
Maria A./Gati  
Milissa/Alice  
Linda

Campinas, 14 de julho de 2002

Agentes de Saúde/PSF e PACS

Família X reside, em Campinas, uma pessoa portadora sero positivo, que foi casada, tem duas filhas que no momento estão separadas da mãe, atualmente separada do marido, (antes <sup>HEV</sup> do fato)

Mãe  $\pm$  a Laros, <sup>atualmente morando sozinho</sup> conheceu uma pessoa no qual se apaixonou, que teve duração de 4 meses  $\pm$ , no fim do relacionamento, ele telefonou informando-a, sobre a doença e que seus dias... está no fim, neste dia ela relata o fim de seus sonhos, de sua felicidade, se entregando ao álcool e às drogas.

Quando por resultado da depressão profunda, isolamento de tudo e de todos, chegando ao fundo do poço.

Após alguns meses, nesta situação resolveu reagir, procurando suas familiares e a saúde/profissionais.

Atualmente se encontra, frequentando uma Igreja Evangélica e acredita na cura.

As vezes ela sente deprimida, desorientada, tendo as vezes suas quedas, faz parte de saber de sua própria doença.

Ficamos confortados, ao saber dela crer que Deus tudo pode, para seus filhos.

Atenciosamente!  
ACS/PSF e PACS  
37/36

B. Maria P. *Maria P.*

Tatiana L. Souza *Tatiana L. Souza*



Estado de Santa Catarina  
PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO JOSÉ

Família X  
04/07/02.

Temos uma família com dois idosos acamados, um homem com problemas mentais, duas crianças normais. O ambiente é modesto porém, com problemas de umidade. A situação financeira é precária, com falta de alimentos, remédios, roupas. A única pessoa que ajuda na manutenção da família é a esposa, com toda a responsabilidade da casa. O homem com problemas mentais recebe uma pensão. Toda dependem da ajuda da comunidade. O agente comunitário que acompanha a família, recebe reclamações da família e vizinhos sobre o estado geral da área onde moram.

Marcelo Saul  
Sônia Regina  
Sérvando Vieira Alvelino  
João V. Francisco de Souza.  
João Costa e Silva  
Madalena

## **ANEXO 8**

## Diabetes

O *diabetes mellitus* caracteriza-se por níveis elevados de glicose no sangue, ou hiperglicemia.

O pâncreas, órgão localizado no interior do abdome, por trás do estômago, produz um hormônio chamado insulina, que é lançado no sangue. O organismo, então metaboliza os açúcares ingeridos, transformando-os em glicose, que penetra nas células, produzindo energia graças a extraordinária capacidade apresentada pela insulina.

Toda a vez que ingerimos açúcares, imediatamente o pâncreas lança no sangue determinada quantidade de insulina, na medida certa da necessidade que o organismo precisa para aproveitar esses alimentos.

No diabético, isso não acontece, assim quando ele se alimenta, seu pâncreas não produz insulina na quantidade adequada ou, se produz, o hormônio é incapaz de agir eficazmente, em conseqüência, os açúcares ingeridos não são aproveitados e o teor de glicose aumenta no sangue.

### Tipos de diabetes:

- **Diabetes Tipo I – Diabetes Mellitus insulino-dependente (DMID)**

Ocorre aproximadamente em 5 à 10% dos diabéticos.

No diabetes tipo I, as células beta do pâncreas, que produzem insulina são destruídas por um processo auto – imune.

É caracterizado por um início súbito, geralmente antes dos 30 anos de idade (geralmente na juventude e magro)

Como tratamento, são necessárias injeções de insulina para controlar os níveis de glicose sangüínea.

- **Diabetes Tipo II – Diabetes Mellitus insulino-independente (DMII)**

Ocorre aproximadamente em 90 à 95% das pessoas com diabetes.

O diabetes tipo II, resulta de uma quantidade diminuída de produção de insulina.

Ocorre mais freqüentemente em pessoas com mais de 30 anos de idade e obesas. (ambas iniciam em qualquer idade)

Como tratamento, inicialmente, dieta e exercícios, se persistirem níveis elevados de glicose, além de dieta e exercícios, são necessários hipoglicemiantes orais.

**Glicemia - valor normal:** Antes das refeições (jejum): 60 a 120 mg/dL

Após qualquer refeição: até 160 mg/dL

Ao deitar-se: 120 a 140 mg/dL

**Valor considerado normal:** 70 a 115 mg/dL.

**Níveis de glicose em jejum:** ↑ de 140 mg/dL e ↑ de 200 mg/dL em mais de uma ocasião = considera-se diagnóstico de diabetes.

**Sinais e sintomas:**

Se a concentração de glicose no sangue for suficiente alta, os rins não absorvem toda a glicose filtrada = **glicose na urina**.

Excesso de glicose excretado na urina = perda ↑ de líquidos e eletrólitos = ↑ de sede = ↑ de urina.

Quando a glicose não penetra em quantidade adequada nas células, não há energia suficiente para o bom funcionamento do organismo e este recorre as gorduras depositadas, retirando a energia que precisa (queimando as gorduras) = perda de peso = ↑ do apetite (reserva diminuída de calorias).

Outros sintomas incluem; fadiga, fraqueza e visão turva.

**Diabetes Tipo I: predisposição genética**

**Diabetes Tipo II: Idade ( resistência a insulina tende a ↑ após os 65 anos)**

**Obesidade**

**História familiar**

**Tratamento:**

Tem por objetivo tentar normalizar a atividade da insulina e os níveis sanguíneos de glicose na tentativa de reduzir o desenvolvimento de complicações vasculares e neurológicas. Existem 5 componentes do tratamento para o diabetes:

- Dieta,
- Exercícios físicos,
- Monitorização,
- Medicação,
- Educação.

**Dieta:**

- Dar preferência a alimentos ricos em fibras, que previnem a ↑ de açúcar no sangue, depois de comê-los (frutas e vegetais frescos – pão e cereais integrais – feijão e legumes – arroz integral, cevada e aveia),
- Dar preferência a alimentos com pouca gordura e sal, ajudam a controlar o peso e diminuir o risco de doenças cardíacas,
- Não use manteiga, margarina, óleos..
- Evite, carne com gordura, leite integral, queijo e frituras
- Não ponha o saleiro na mesa,
- Use menos açúcar...

**Complicações:**

São causadas por danificações dos vasos sanguíneos e nervos, causando circulação sanguínea deficiente:

- Cegueira,
- Insuficiência renal,
- Ataques cardíacos,
- Derrame cerebral,
- Amputação de pés e pernas,
- Aumento de infecções,
- Problemas sexuais,
- Problemas na gravidez.

Quando se tem diabetes, é muito importante cuidar dos pés. Um alto nível de açúcar no sangue pode afetar os nervos dos pés e causar problemas de circulação no sangue.

- Atentar para sensação de formigamento e agulhadas nos pés e pernas,
- Atentar para lesões nos pés = perigo de infecções (olhar com espelho ou pedir para alguém olhar),
- Atentar para pés inchados, com bolhas, coloração azul, planta dos pés ressecada e rachada,
- Lavar os pés todos os dias com sabão neutro e água morna, enxugar bem os pés inclusive entre nos dedos,
- Evite colocar pés de molho, pode ressecar,
- Use uma loção ou creme no dorso e na planta dos pés, evite entre os dedos,
- Evitar cortar as unhas dos pés e sim lixá-las,
- Antes de calçar meias e calçados verifique se não há nada dentro deles, que possa machucar ou pressionar,
- Prefira calçados fechados e confortáveis,
- Não tente retirar calos ou verrugas, procure um especialista.



## **COMO PREVENIR?**

**A hipertensão é uma doença que não tem cura. Para se prevenir as complicações da pressão alta, os hipertensos devem medir sempre sua pressão arterial e seguir as orientações médicas.**

**Veja algumas orientações importantes:**

- ▼ evite o excesso de peso;
- ▼ evite comidas gordurosas;
- ▼ use pílula anticoncepcional somente c/ orientação médica;
- ▼ use pouco sal na comida;
- ▼ não fume;
- ▼ evite o estresse (preocupação, insatisfação e nervosismo).

**O hipertenso deve alimentar-se principalmente, de:**

- ✓ Frutas, verduras e hortaliças;
- ✓ Carnes brancas (peixe e frango);
- ✓ Cereais (milho, feijão, arroz, aveia, etc)

## **COMO É O TRATAMENTO?**

**O tratamento pode ser feito com ou sem medicamentos. É importante consultar um médico e não interromper o tratamento após a normalização da pressão arterial, uma vez que ela deve estar sempre sob controle.**

## **QUE FATORES QUE INFLUENCIAM ?**

**O fumo, bebidas alcoólicas, a obesidade, o estresse e o grande consumo de sal. O controle desses fatores é tão importante que muitas vezes, é o suficiente para manter a hipertensão sob controle, dispensando o tratamento com medicamentos.**

## **QUAIS SÃO OS FATORES DE RISCO?**

- ✓ OBESIDADE,
- ✓ DIABETES,
- ✓ FUMO,
- ✓ COLESTEROL,
- ✓ ALCOOL,
- ✓ SAL,
- ✓ ESTRESSES,

**Alimentos a serem evitados: enlatados, presunto, salame, mortadela, salsicha, lingüiça, carne de sol, chocolate e chá-mate, maionese e frituras.**

# HANSENÍASE

## O QUE É?

É uma doença infecciosa de evolução prolongada que ataca principalmente a pele e os nervos periféricos do corpo humano.

A Hanseníase é causada pelo *Mycobacterium leprae*, bacilo descoberto em 1873 pelo cientista norueguês Dr. Gerhard Armauer Hansen. Daí o nome Hanseníase.

É conhecida também como: lepra, morfêia, mal de lázaro, mal da pele e mal do sangue.

**NÃO É HEREDITÁRIA; tem cura e seu tratamento é feito em ambulatório.**

## EVOLUÇÃO DA DOENÇA

Desde o momento em que o bacilo penetra no organismo até o aparecimento dos primeiros sintomas ou sinais da Hanseníase, pode se passar de 02 a 07 anos.

No início da doença os sintomas mais comuns são:

- ✓ Manchas ou manchas esbranquiçadas, violáceas, castanhas ou avermelhadas no corpo, com diminuição ou perda da sensibilidade ao calor, ao frio, à dor e ao tato;
- ✓ Nódulos avermelhados e/ou pele infiltrada (avermelhada);
- ✓ A fase final da doença é chamada de Hanseníase indeterminada e não é contagiosa. Se não for tratada pode evoluir para as formas:

**TUBERCULÓIDE; VIRCHOWIANA; DIMORFA.**

As formas indeterminada e Tuberculóide não são contagiosas. As formas Virchowiana e Dimorfa são contagiosas.

## TRANSMISSÃO:

A Hanseníase é considerada a menos contagiosa das doenças transmissíveis.

O doente que está não em tratamento é a principal fonte de transmissão. O contágio se dá através da convivência da pessoa sadia com o doente contagiado sem tratamento, pelas vias respiratórias.

## TRATAMENTO:

Quanto mais precoce o diagnóstico e o tratamento, mais rápida e segura será a cura. O tratamento, que é uma combinação de medicamentos, é fornecido gratuitamente pelos serviços de saúde. Durante e após o tratamento regular o paciente permanece com suas atividades junto à família, no trabalho e na comunidade. Com o tratamento completo o paciente recebe alta com cura.

O paciente que não se tratar, suspender ou abandonar o tratamento pode: piorar ou recidivar, transmitir a doença e estar sujeito a deformidades físicas.

## PREVENÇÃO:

Através da descoberta de casos novos, do tratamento de todos os pacientes e da aplicação de duas doses da vacina BCG nos contatos.

# **TUBERCULOSE**

**O que é?**

**É uma doença infecciosa que geralmente começa nos pulmões e a partir deles pode se difundir por diversas partes do organismo. É muito contagiosa.**

**Que microorganismo a produz?**

**Antigamente, a tuberculose era considerada uma doença hereditária e crônica ou uma afecção degenerativa, mas no ano de 1882 o bacteriologista alemão Robert Koch identificou o agente responsável por esta doença. Trata-se da bactéria conhecida como bacilo de Koch, cujo nome científico é *Mycobacterium tuberculosis*.**

**Como se produz a infecção?**

**As pessoas com tuberculose ativa expulsam no ar, quando tosse, partículas que contém bactérias. Essas, ao serem inaladas por uma pessoa sadia, iniciam nela um processo infeccioso.**

**Como se pode reconhecer um doente tuberculoso?**

**O diagnóstico deve sempre ser feito por um médico, mas pode-se suspeitar que um indivíduo contraiu tuberculose quando ele sente um aumento progressivo de fadiga, perda de apetite e peso em pouco tempo, febre baixa e tosse seca. Estes sintomas iniciais são comuns a todas as doenças infecciosas pulmonares, mas no caso da tuberculose se persistem várias semanas.**

**Qual o período de incubação?**

**Após a infecção pelo bacilo, transcorrem, 04 a 12 semanas para detecção das lesões primárias. Ocorrem em torno de 12 meses após a infecção inicial. A probabilidade de o indivíduo vir a ser infectado e de que essa infecção evolua para a doença depende de múltiplas causas.**

**É fácil fazer o diagnóstico?**

**A tuberculose primária, ao provocar doenças mínimas ou nulas, pode passar despercebida, embora, depois de um período de incubação, apresenta-se hipersensibilidade a tuberculina (*remédio utilizado por Koch, em 1890, para a busca da cura*), o que indica, pelo menos, a existência de lesões primárias. Em algumas ocasiões, o exame radiológico clássico não fornece dados suficientes para estabelecer um diagnóstico positivo e, então, recorre-se a tomografia, que proporciona uma série de radiografias de diversos planos paralelos e permite observar a presença de tubérculos ou cavernas. Com o exame da expectoração também se pode identificar o bacilo de Koch, sendo possível inclusive cultivá-lo e estudar sua sensibilidade e os remédios antituberculosos.**

**Como a doença é tratada?**

**O bacilo de Koch é totalmente circundado por uma membrana que lhe dá notável resistência frente a produtos químicos em geral e frente a muitos antibióticos. Contudo, desde 1944 são conhecidos diversos medicamentos que permitem que a tuberculose seja tratada com êxito. Recomenda-se também repouso absoluto e alimentação equilibrada. Em condições normais, o processo curativo pode se completar em um ano.**

**É necessário hospitalização?**

**Não é indispensável, mas recomendável. Uma vez que permite o isolamento do paciente, com o que se evita o contágio a outras pessoas, e facilita a realização de exames radiológicos, etc.**

# **OSTEOPOROSE**

**O QUE É?** É um distúrbio em que há redução da massa total do osso. A velocidade de reabsorção óssea é bem maior do que a velocidade de formação óssea, resultando em massa total óssea reduzida.

**O QUE ACONTECE COM OS OSSOS?** Os ossos tornam-se progressivamente porosos, quebradiços e frágeis; eles sofrem fratura facilmente sob estresse que normalmente não quebraria um osso.

**QUAIS OS LOCAIS QUE MAIS SOFREM FRATURAS?** A osteoporose freqüentemente resulta em fraturas de compressão da região torácica e lombar, fraturas do pescoço e região intertrocantérica do fêmur, bem como fraturas de Colles no punho. Múltiplas fraturas de compressão nas vértebras resultam em deformidade esquelética.

**COMPREENDENDO A OSTEOPOROSE E O ESQUEMA DE TRATAMENTO**  
O ensino da pessoa focaliza os fatores contribuintes para o desenvolvimento da osteoporose, intervenções para interromper ou lentificar o processo e medidas que aliviam os sintomas. A dieta adequada e o cálcio suplementar, exercícios regulares de sustentação de peso e modificação do estilo de vida, se necessário (por exemplo, redução do uso de cafeína, cigarros e álcool), ajudam a manter a massa óssea. Exercícios e atividades físicas são as principais chaves para o desenvolvimento de ossos de alta densidade resistentes ao desenvolvimento de osteoporose. É enfatizado que o idoso continua necessitando de cálcio suficiente, vitamina D, sol e exercícios para minimizar os efeitos osteoporóticos.

**E QUANTO A MEDICAÇÃO?** A educação da pessoa relacionada com a medicação é importante. Como o desconforto gástrico e a distensão abdominal são efeitos colaterais freqüentes de suplementos de cálcio, a pessoa pode achar que tomar suplementos de cálcio com as refeições pode reduzir estas ocorrências. Além disso, a ingestão adequada de líquidos reduzirá o risco de formação de cálculo renal. Se a TRH é prescrita, o paciente deve ser ensinado sobre a importância da avaliação periódica para câncer de mama e endometrial.

**CONSIDERAÇÕES GERONTOLÓGICAS:** Os idosos caem freqüentemente como resultado de riscos ambientais, distúrbios neurovasculares, sentido e respostas cardiovasculares diminuídos e respostas às medicações. Os riscos ambientais devem ser identificados e eliminados. A supervisão e a assistência devem estar prontamente disponíveis.

A pessoa e a família precisam ser incluídos no planejamento para a continuação dos cuidados e esquema de tratamento preventivo. O ambiente domiciliar é avaliado para riscos potenciais (por exemplo, capacho disperso, desordem na sala, brinquedos no chão, animais domésticos) e um ambiente seguro é criado (por exemplo, escadas bem iluminadas com corrimão lateral, barras no banheiro, calçado adequado e ajustado).

# **CÂNCER CÉRVICO-UTERINO**

## **O QUE É?**

O câncer cérvico-uterino é o tipo mais comum de câncer encontrado entre as mulheres de vários países da América Latina e do Caribe. No Brasil no período de 1976 a 1980, o câncer cérvico-uterino representou na população feminina a neoplasia de maior frequência, atingindo 23,7% dos casos.

Estima-se que cada ano cerca de 1000 mulheres, pertencentes a faixa etária de 30 a 54 anos desenvolve um tipo de câncer cérvico-uterino. São mulheres jovens, que se encontram na fase mais ativa de suas vidas. Essas mulheres são em grande parte provenientes de níveis sócio-econômicos baixos, o que agrava ainda mais os problemas familiares e sociais pré-existentes.

Nas populações de alto risco, as mulheres de 20 a 50 anos, estão mais sujeitas a ocorrência de carcinomas, sendo assim, os programas de detecção devem estar voltados para essa faixa etária. No Brasil, a faixa etária priorizada é de 25 a 60 anos, com ênfase nas mulheres que nunca realizaram exame de detecção precoce.

## **QUAL A SUA ORIGEM?**

A sua origem, ou seja, a sua causa etiológica ainda é desconhecida. Sabe-se no entanto que é uma afecção progressiva iniciada com transformações neoplásicas intra epiteliais que pode evoluir para um processo invasor, num período que varia de 10 a 20 anos.

## **COM O QUE ESTÁ RELACIONADO?**

O câncer cérvico-uterino está estritamente relacionado com: início da atividade sexual em idade precoce (menos de 20 anos); multiplicidade de parceiros; história de doenças sexualmente transmissíveis, principalmente decorrentes de infecções por papiloma vírus e herpes vírus; baixo nível sócio-econômico; hábitos de fumar; carência nutricional a hipovitaminose A; multiparidade; higiene genital deficiente.

## **MEDIDAS DE CONTROLE:**

As ações de prevenção e controle do câncer cérvico-uterino tem por finalidade evitar, ou remover os fatores de risco, além do diagnóstico precoce através do rastreamento clínico de lesões pré-malignas ou malignas. O diagnóstico e o tratamento dessas lesões é feito com o uso da citologia, colposcopia e histologia. Em nível primário não especializado, o método disponível é a citologia.

## **EXAME REALIZADO: PAPANICOLAU ( PREVENTIVO).**

**LOCAL PARA COLETA:** Fundo do saco vaginal posterior, ectocérvice e endocérvice.

# CÂNCER DE MAMAS

**O QUE É?** O câncer de mamas, é um dos mais freqüentes tumores malignos. É o maior problema de patologia mamária. Estudos epidemiológicos sobre o câncer de mama demonstram taxas de incidência e mortalidade diferentes de acordo com a população estudada. No Brasil, os óbitos por câncer de mama representam 16% da mortalidade por neoplasia maligna, ou 2,3% de todas as causas de morte por neoplasia. Estes dados, combinados com o aumento da expectativa de vida da mulher ao nascer, alertam para um problema de saúde pública.

O diagnóstico e o tratamento do câncer de mama no estágio pré-invasor, pode ter uma influência significativa na diminuição desta mortalidade. Após esse estágio o tratamento local é reduzido.

O estágio pré-invasor do câncer de mama é longo, podendo durar meses ou até anos. Os nódulos ou tumores malignos são freqüentemente, as primeiras manifestações do carcinoma e nesta ocasião ele já existe em torno de 7 a 8 anos. Esses fatos mostram a importância das ações de detecção, mais freqüentes, nas mulheres consideradas de maior risco.

**QUAL A SUA ORIGEM?** Até o momento não se conhecem os fatores etiológicos do câncer de mama.

**QUAL A SUA INCIDÊNCIA?** A incidência do carcinoma varia de acordo com o quadrante mamário sendo: 46% no quadrante superior externo (QSE); 27% região areolar; 13% no quadrante superior interno (QSI) e 5% no quadrante inferior interno (QII).

**QUAIS OS SEUS FATORES DE RISCO?**

Existem fatores que atua isoladamente ou simultaneamente, definem o grupo de risco para o câncer de mama, que são: história familiar de câncer mamário, primeira gestação tardia (depois de 28 anos); nuliparidade; disfunções hormonais; história de patologia mamária benigna (displasia mamária). Fatores como obesidade; menarca precoce (antes de 16 anos); menopausa tardia; não lactação; alimentação rica em gordura; exposição a radiações ionizantes, são consideradas com relativa significação epidemiológica.

**MEDIDAS DE CONTROLE:** Tem como principal objetivo a detecção precoce de alterações que podem sugerir ou constituir uma neoplasia. Quanto mais precocemente for diagnosticado o câncer de mama, melhor será o prognóstico, e mais longa a sobrevida da mulher.

**EXAME CLÍNICO DAS MAMAS:**

**Inspeção;**

**Palpação;**

**Expressão;**

Orientar a mulher para realizar o auto-exame das mamas e procurar o Serviço de Saúde mais próximo em casos de dúvida ou alguma alteração.

## Pré - Natal

**O acompanhamento pré-natal é prioridade na rede básica de saúde municipal. A consulta deve ser garantida através de agendamento. A responsabilidade de atendimento a este grupo é de todos os profissionais da saúde.**

Na recepção deve ser garantido, o registro da gestante em prontuário contendo; ficha perinatal, ficha de evolução e o cartão da gestante, no 1º contato.

Agendamento com

- Médico,
- Enfermeira,
- Dentista,
- Outros profissionais

### **Finalidades :**

- Contribuir com a erradicação da mortalidade materna e neonatal, decorrentes de complicações preveníveis,
- Contribuir com o estado geral da gestante,
- Identificar e providenciar o tratamento de dentição, câncer de colo de útero, anemias, obesidade, desnutrição..
- Orientar hábitos adequados à gestação, em relação a higiene alimentar e corporal.
- Propiciar o preparo para o parto
- Instruir a gestante e família com relação a amamentação, e cuidados com o recém – nascido
- Incentivar a participação dos familiares nas consultas .

### **Frequência:**

O mais precoce possível, ou seja, já no início do primeiro trimestre.

A consulta de pré-natal, é de competência:

- Clínico geral e Enfermeira, de forma alternada,
- Gineco-obstetra, na assistência ao alto e baixo risco,

Total de no mínimo 6 consultas, com intervalo de 4 semanas até a 38ª semana.

### **Vacinação:**

Vacinação antitetânica: (dupla adulto ou toxóide tetânico)

Tem por finalidade prevenir o tétano neonatal, e proteger a mulher contra o tétano acidental. O esquema adotado dependendo da situação apresentada pela gestante,

Se a gestante não foi vacinada ou não sabe informar o passado vacinal:

- **Aplicar 3 doses de TT, com intervalo de 8 semanas entre cada aplicação. Neste caso, tomará a primeira dose, no quinto mês de gestação, a segunda, no 7º mês e a 3ª, no puerpério.**
- Se a gestante apresenta esquema vacinal incompleto:

- **Completar o total de doses, observando o intervalo de 8 semanas entre cada aplicação, a partir do 5º mês.**
- Se a gestante estiver com o esquema vacinal completo e a última dose, ocorreu há menos de 5 anos:
- **Gestante considerada imunizada, nenhuma dose a aplicar**
- Se a gestante estiver com o esquema vacinal completo e a última dose ocorreu há mais de 5 anos:
- **Aplicar uma dose de reforço, tão logo seja possível.**



É muito comum as mães fazerem uma série de perguntas sobre a questão da amamentação exclusiva no peito. Por exemplo:

Quando o bebê deve começar a mamar?

Desde o nascimento o bebê pode e deve começar a mamar já na sala do parto. Quanto mais cedo melhor, inclusive para a mãe. O bebê deve ser amamentado dia e noite, sem horários fixos, sempre que tiver vontade.

Qual o melhor horário para a amamentação?

Não existe, como se pensava antigamente, horário fixo para a amamentação. O bebê sempre sabe quando tem fome. Com o decorrer do tempo, vão se alongando os intervalos entre as mamadas. Pouco a pouco, a mãe e a criança vão aprendendo, um com o outro, o melhor ajuste dos horários das mamadas.

Como se deve segurar o bebê?

É importante que a mãe encontre uma posição relaxada e confortável, na qual o bebê fique tranqüilo e mame bem. Para que o bebê sugue o leite de forma adequada, ele deve abrir bem o boca, pegar a maior parte da aréola (parte escura do peito) e ficar numa posição em que o seu corpo fique voltado totalmente para o corpo da mãe (barriga com barriga).

E a mulher que trabalha fora, como deve fazer para continuar a amamentar seu bebê?

Toda mulher tem o direito, assegurado por lei, a 120 dias de licença-maternidade a partir do 8º mês de gestação. Terminado este período, a mulher que trabalha fora não precisa interromper a amamentação: quando retornar ao trabalho terá também o direito legal a dois descansos diários - remunerados, de meia hora cada - para amamentar seu filho, até que o mesmo complete 6 meses de idade.

Além disso, a lei brasileira obriga que toda a empresa com 30 ou mais funcionárias tenha uma creche ou berçário. Caso não exista esta opção, a mãe-funcionária pode sair do serviço para amamentar seu filho em casa. Ou pode, ainda, retirar o leite, guardando-o adequadamente na geladeira para ser dado ao bebê. Nessa circunstância, o leite pode ser conservado em geladeira por 12 horas e deve ser dado em colherinhas ou copinhos, evitando-se o uso da mamadeira. Para aquecer o leite use o banho-maria.

Há cuidados especiais para com os seios que amamentam?

Com relação aos cuidados com os seios, evite que a mama fique muito cheia e pesada com o acúmulo de leite, prevenindo-se contra a formação de caroços doloridos. Caso isso aconteça, a mãe deve massagear a mama endurecida e colocar o bebê para sugar ou retirar o leite pressionando e apertando com a ajuda dos dedos, onde termina a aréola, até o leite sair. Nas situações em que as mamas fiquem inflamadas, deve procurar o serviço de saúde. Em síntese, o melhor modo de curar problemas com os seios durante a fase de lactação é colocar o bebê para mamar.

E depois de passados os seis meses, como deve ser o desmame?

A criança deve ser amamentada o maior tempo possível, até os 2 anos de vida ou mais. Porém, nos primeiros 6 meses de vida a criança precisa só do leite materno. Depois dos 6 meses, outros alimentos da família como frutas, sopas e comidinha devem ser introduzidos na alimentação da criança. Nunca use chupetas, chuquinhas ou mamadeiras. Todos esses produtos prejudicam a amamentação. Os bebês que fazem uso de mamadeiras e chupetas acabam largando o peito. Mas chega um dia em que a criança parará de mamar no peito. Na verdade, não há um dia exato para isto acontecer. O dia será aquele em que a mãe e o bebê perceberem não mais haver necessidade da amamentação.

E se a mãe ficar fraca ou doente, deve parar de amamentar?

A maior parte das doenças maternas não impede a amamentação e o médico é o profissional habilitado para orientar a mulher sobre os medicamentos permitidos durante a lactação, que não prejudique o bebê. Porém, nos casos em que a mãe apresente algum tipo de câncer, seja portadora do vírus da AIDS ou seja dependente química - isto é, consumidora de drogas como maconha, cocaína, heroína e anfetaminas - a amamentação é contra-indicada.

E se ela fumar, beber ou tiver que tomar remédios, eles passam para o leite?

Amamentação não combina com remédio, bebida ou fumo

A mulher que amamenta deve ficar atenta para o fato de que está freqüentemente exposta a uma variedade de substâncias que podem ser transferidas para o leite materno. Por exemplo, poluentes ambientais (com destaque para o fumo), vírus, alimentos que causam alergia, cafeína, álcool e medicamentos. Os especialistas advertem que embora tenham se ampliado os conhecimentos sobre a influência destes elementos na amamentação e no bebê, ainda permanecem desconhecidos os efeitos - sobre a criança - de várias drogas que a mãe pode precisar ou querer usar. Assim, o princípio geral a ser seguido é o de que a mãe que está amamentando não deve tomar nenhum remédio, bem como evitar o fumo e a ingestão de bebidas alcoólicas. O uso de medicamentos só é permitido com orientação médica.

● Voltar



Tipos de Vacina	Proteção Contra	N° de doses		Início da Vacinação
		Vacinaçãobásica	Reforço	
SABIM	POLIOMIELITE	3 DOSES	(15 MESES)	2 MESES
ANTI SARAMPO	SARAMPO	1 DOSE	-	9 MESES
BCG	TUBERCULOSE	1 DOSE	-	AO NASCER
DPT (TRÍPLICE)	DIFTERIA/COQUELU CHE E TÉTANO	3 DOSES	15 MESES/ 5An	2 MESES
DUPLA ADULTA (dT)	DIFTERIA / TÉTANO	3 DOSES	A CADA 10 Anos	7 ANOS
DUPLA INFANTIL (dt)	DIFTERIA / TÉTANO	3 DOSES	15 MESES	2 MESES
TOXÓIDE TETÂNICO (TT)	TÉTANO	3 DOSES	A CADA 10 Anos	7 ANOS / (GESTANTE)
CONTRA FEBRE AMARELA	FEBRE AMARELA	1 DOSE	A CADA 10 Anos	6 MESES
TRIVIRAL	SARAMPO RUBÉOLA E CAXUMBA	1 DOSE	-	15 MESES
CONTRA HEPATITE B	HEPATITE B	3 DOSES	-	AO NASCER
HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B (Hib)	PROTEÇÃO DOENÇAS CAUSADAS PELO HAEMOPHILUS INFLUENZAE TIPO B	3 DOSES	-	2 MESES
ANTI RUBÉOLA	RUBÉOLA	1 DOSE	-	12 ANOS

## **Puerpério ou Pós-Parto**

É um período variável, de duração imprecisa, que se inicia logo após o parto e termina quando as modificações locais e gerais no organismo materno retornam as condições normais. **Popularmente conhecido como; Quarentena ou Resguardo.**

Alguns autores, como Rezende (1995), admitem como tempo de duração normal do puerpério, o período de 6 a 8 semanas que se sucedem ao parto.

A puérpera consta de 2 consultas garantidas:

- a 1ª), entre o 7º e o 10º dia pós-parto, pela enfermeira
- a 2ª), 45 dias após o parto – pelo ginecologista ou clínico geral, habilitado a realizar exame ginecológico.

Informações sobre o parto,

Informações sobre o aleitamento,

Amamentação atual, complementa, é exclusivo ou misto?

Quanto a sucção: boa, fraca, não suga?

Quanto a pega da aréola, correta, incorreta? Faz uso de chupeta?

Queixas sobre alimentação, eliminação

Quanto ao planejamento familiar, método contraceptivo?

Avaliar esquema vacinal

Orientar exercícios físicos

Orientar quanto a atividade sexual

Agendar retorno para avaliação ginecológica no 45º dia pós-parto.

## **Climatério**

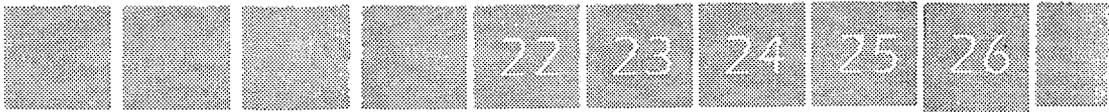
É o período da vida feminina, em ocorrem alterações hormonais, principalmente do declínio de estrogênio endógeno. Período da vida em que há uma transição da fase reprodutora para a não reprodutora.

**Menopausa;** se refere a cessação completa ou permanente da menstruação. Ocorre frequentemente no climatério.

**Idade média da menopausa;** 51,4 anos, podendo variar de 48 à 55 anos. No Brasil, a menopausa ocorre por volta dos 48 aos 50 anos de idade, considerando-se precoce antes dos 40 e tardia após os 55 anos .

Nesta fase as queixas mais comuns são: ondas de calor, sudorese e calafrios, dores de cabeça, tonturas, palpitações, depressões, insônia, fadiga, irritabilidade, alterações dos ciclos menstruais.

## **ANEXO 9**



22 23 24 25 26

Julho | 2002

FESTA

# Festa de Encerramento

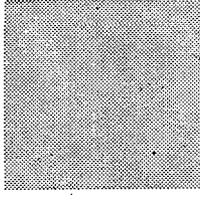
2ª

SEMANA DO

# SUS

Debater Para Conhecer

Sexta - Feira  
Dia  
**26**



Local: Bar do CCS

Hora: 22:00



# Programação

Segunda-Feira 22/Jul - 19h

Mesa de Abertura

Mesa-Redonda - Políticas de Saúde

Palestrantes:

- Maria Teresa Locks - Enfermeira Sanitarista
- Pedro Schmidt - Médico do Distrito Docente-Assistencial / Pref. Municipal de Florianópolis - UFSC
- Vera Maria Ribeiro Nogueira - Profª do Depto. de Serviço Social / CSE / UFSC

Debatedora:

- Clair Castilhos - Profª do Departamento de Saúde Pública / CCS / UFSC

Terça Feira 23/Jul - 19h

Mesa-Redonda - Determinação Social do Processo Saúde-Doença

Palestrantes:

- Marco Aurélio Da Ros - Prof. do Depto. de Saúde Pública / CCS / UFSC
- Marili Zacarias Sagaz - Integrante do Movimento dos Trabalhadores Rurais Sem Terra
- Marco Aurélio de Anselmo Peres - Prof. do Depto. De Saúde Pública / CCS / UFSC

Debatedor:

- Fúlvio Nedel - Prof. dos Cursos de Medicina e Odontologia / UNISUL

# Programação

Quarta Feira 24/Jul - 19h

Mesa Redonda - Equipe de Saúde e Interdisciplinariedade

Palestrantes:

- Teresa Gaio - Enfermeira e Conselheira Municipal de Saúde em Florianópolis
  - Neila Maria Viçosa Machado - Profª do Depto. de Nutrição / CCS / UFSC
  - Tomaz Martins Júnior - Dir. da Escola em Formação em Saúde da Família Visconde de Sabóia / Sobral / CE
- Debatedora:
- Suely Grosseman - Profª do Depto. de Pediatria / CCS / UFSC

Quinta Feira 25/Jul - 19h

Mesa Redonda - Educação Popular em Saúde

Palestrantes:

- Alberto Groissman - Prof. do Depto. de Antropologia / CFH / UFSC
- Padre Wilson Groh - Educador Popular
- Maristela Fantin - Profª do Depto. de Estudos Especializados em Educação / CED / UFSC

Debatedor:

- Antônio de Miranda Wosny - Prof. do Depto. de Enfermagem / CCS / UFSC

## **ANEXO 10**



a n o s  
**FAÇA**

Fundação Açoriana  
para o Controle da Aids

# Certificado

Certificamos que **FRANCINE RIBEIRO WALTRICK**

participou do **Treinamento manejo em DST, HIV e aids para estudantes da UFSC**

no período de 08 a 12 de julho de 2002 realizado em Florianópolis - SC

com carga horária de 20 horas, na qualidade de Participante

Florianópolis, 12 de julho de 2002

Presidente da Faça

Lurdes S. Tiago da Silva Sardá

Promoção e Realização

Kelly Maciel Silva e Mariléia da Silva

## **CONTEÚDO PROGRAMÁTICO:**

- ✓ **Aspectos Psicológicos do Conviver com HIV e aids**
- ✓ **Aspectos Clínicos em DST, HIV e aids**
- ✓ **Normas de Biossegurança**
- ✓ **História social da aids**
- ✓ **A Mulher e a epidemia**
- ✓ **Direito e aids**
- ✓ **Aconselhamento**
- ✓ **Sexualidade**
- ✓ **Oficina de Sexo Mais Seguro**

## **ANEXO 11**

## CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

É do nosso conhecimento que as alunas, Francine Ribeiro Waltrick e Priscilla Santos Costa Merize, da 8ª Unidade Curricular do Curso de Graduação em Enfermagem da UFSC, da disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, estão desenvolvendo um projeto assistencial de enfermagem. Concordamos em participar de forma espontânea deste trabalho, podendo desistir a qualquer momento e ter a garantia de confidencialidade e anonimato em todos os momentos deste trabalho.

Estamos de acordo que os dados obtidos, sejam utilizados e divulgados exclusivamente no presente trabalho.

São José, \_\_\_/\_\_\_/ 2002.

---

Assinatura – Família

ou

---

Assinatura da Equipe de Saúde

## **ANEXO 12**

# CRONOGRAMA

## MAIO/2002

<b>Data</b>	<b>Atividade</b>
20/05 (segunda-feira)	Apresentação da disciplina / Reunião com a orientadora
21/05 (terça-feira)	Elaboração do projeto assistencial
22/05 (quarta-feira)	Reunião com a orientadora / Elaboração do projeto assistencial
23/05 (quinta-feira)	Elaboração do projeto assistencial
24/05 (sexta-feira)	Elaboração do projeto assistencial
25/05 (sábado)	
26/05 (domingo)	Elaboração do projeto assistencial
27/05 (segunda-feira)	Elaboração do projeto assistencial
28/05 (terça-feira)	Reconhecimento do local do estágio (operacionalização)/ apresentação das acadêmicas/ reunião com a orientadora/ elaboração do projeto assistencial
29/05 (quarta-feira)	Elaboração do projeto assistencial/ reunião com a orientadora
30/05 (quinta-feira)	Feriado
31/05 (sexta-feira)	Elaboração do projeto assistencial

## JUNHO/2002

<b>Data</b>	<b>Atividade</b>
01/06 (sábado)	-
02/06 (domingo)	Elaboração o projeto assistencial
03/06 (segunda-feira)	Elaboração do projeto assistencial/ reunião com a orientadora
04/06 (terça-feira)	Elaboração do projeto assistencial
05/06 (quarta-feira)	Elaboração do projeto assistencial
06/06 (quinta-feira)	Entrega do projeto assistencial à banca
07/06 (sexta-feira)	Preparando apresentação do projeto assistencial
08/06 (sábado)	Preparando apresentação do projeto assistencial
09/06 (domingo)	Preparando apresentação do projeto assistencial
10/06 (segunda-feira)	Entrevista com à banca
11/06 (terça-feira)	Apresentação do projeto assistencial
12/06 (quarta-feira)	Início do estágio
13/06 (quinta-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial /Revisão de Literatura
14/06 (sexta-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Visita

	domiciliária/ Revisão de Literatura
15/06 (sábado)	
16/06 (domingo)	Revisão Literária
17/06 (segunda-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Visita domiciliária
18/06 (terça-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Visita domiciliária
19/06 (quarta-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Visita domiciliária
20/06 (quinta-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial
21/06 (sexta-feira)	Reconhecimento do local de estágio na Secretaria Municipal de Saúde de São José
22/06 (sábado)	
23/06 (domingo)	Elaboração de oficinas/ reuniões frente às necessidades encontradas/ Revisão da literatura
24/06 (segunda-feira)	Oficina com os ACS: Comunicação em saúde.
25/06 (terça-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Revisão Literária
26/06 (quarta-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Visita domiciliária/ Revisão Literária
27/06 (quinta-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Visita domiciliária/ Revisão Literária
28/06 (sexta-feira)	Estágio na Secretaria Municipal de Saúde de São José
29/06 (sábado)	
30/06 (domingo)	Revisão Literária/ Elaboração do questionário

### **Julho/ 2002**

<b>Data</b>	<b>Atividade</b>
01/07 (segunda-feira)	Palestra com os ACS: Abordagem as famílias
02/07 (terça-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial
03/07 (quarta-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial
04/07 (quinta-feira)	Oficina com os ACS: Conceitos de saúde
05/07 (sexta-feira)	Estágio Na Secretaria Municipal De Saúde De São José
06/07 (sábado)	-
07/07 (domingo)	Revisão Literária/ Elaboração Do Relatório
08/07 (segunda-feira)	Oficina Com Acs: Conceitos De Família
09/07 (terça-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário

10/07 (quarta-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
11/07 (quinta-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
12/07 (sexta-feira)	Desenvolvimento da prática assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
13/07 (sábado)	Estágio na Secretaria Municipal de Saúde de São José
14/07 (domingo)	Revisão Literária/ Elaboração do relatório
15/07 (segunda-feira)	Revisão Literária/ Elaboração do relatório
16/07 (terça-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
17/07 (quarta-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
18/07 (quinta-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
19/07 (sexta-feira)	Estágio na Secretaria Municipal de Saúde de São José
20/07 (sábado)	Revisão de Literatura/ Elaboração do relatório/ Elaboração da 2ª oficina
21/07 (domingo)	Revisão de Literatura/ Elaboração do relatório/Elaboração da 2ª oficina
22/07 (segunda-feira)	II semana do SUS
23/07 (terça-feira)	II semana do SUS
24/07 (quarta-feira)	II semana do SUS
25/07 (quinta-feira)	II semana do SUS
26/07 (sexta-feira)	Reunião com a orientadora
27/07 (sábado)	Revisão Literária/ Elaboração do relatório
28/07 (domingo)	Revisão Literária/ Elaboração do relatório
29/07 (segunda-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
30/07 (terça-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
31/07 (quarta-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário

### Agosto/2002

<b>Data</b>	<b>Atividade</b>
01/08 (quinta-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ Visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
02/08 (sexta-feira)	Reunião com a orientadora
03/08 (sábado)	Revisão Literária/ Elaboração do relatório
04/08 (domingo)	Revisão Literária/ Elaboração do relatório

05/08 (segunda-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
06/08 (terça-feira)	Desenvolvimento da pratica assistencial/ visita domiciliaria/ Aplicação do questionário
07/08 (quarta-feira)	Oficina com os ACS: Informações básicas sobre os sete indicadores de saúde preconizados pelo PSF.
08/08 (quinta-feira)	Análise dos dados coletados/ Elaboração de um encerramento
09/08 (sexta-feira)	Termino do estágio/ encerramento
10/08 (sábado)	Elaboração do relatório
11/08 (domingo)	Elaboração do relatório
12/08 (segunda-feira)	Reunião com a orientadora
13/08 (terça-feira)	Elaboração do relatório
14/08 (quarta-feira)	Elaboração do relatório
15/08 (quinta-feira)	Elaboração do relatório
16/08 (sexta-feira)	Reunião com a orientadora
17/08 (sábado)	Elaboração do relatório
18/08 (domingo)	Elaboração do relatório
19/08 (segunda-feira)	Elaboração do relatório
20/08 (terça-feira)	Elaboração do relatório
21/08 (quarta-feira)	Elaboração do relatório
22/08 (quinta-feira)	Reunião com a orientadora
23/08 (sexta-feira)	Reunião com a orientadora
24/08 (sábado)	Elaboração do relatório
25/08 (domingo)	Elaboração do relatório e preparação do data - show
26/08 (segunda-feira)	Entrega da 1 versão do relatório aos membros da banca.
27/08 (terça-feira)	Elaboração do relatório
28/08 (quarta-feira)	Entrevista com a banca examinadora
29/08 (quinta-feira)	Elaboração do relatório
30/08 (sexta-feira)	Apresentação do Relatório de Conclusão de Curso (TCC)
31/08 (sábado)	-

### **Setembro/2002**

<b>Data</b>	<b>Atividade</b>
01/09 (domingo)	-
02/09 (segunda-feira)	Apresentação do relatório de Conclusão de Curso (TCC)
03/09 (terça-feira)	Apresentação do relatório de Conclusão de Curso (TCC)
10/09 (terça-feira)	Entrega da versão final do relatório à banca



UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
CAMPUS UNIVERSITÁRIO - TRINDADE  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
CEP.: 88040-970 - FLORIANÓPOLIS - SANTA CATARINA  
Tel. (048) 331.9480 - 331.9399 Fax (048) 331.9787  
e-mail: [nfr@nfr.ufsc.br](mailto:nfr@nfr.ufsc.br)

**DISCIPLINA: INT 5134 - ENFERMAGEM ASSISTENCIAL APLICADA**

**Parecer Final do Orientador sobre o Relatório da Prática Assistencial**

O presente trabalho apresentado publicamente em 29.08.2002 atende as exigências de Disciplina Enfermagem Assistencial Aplicada, sendo que os autores apresentam as melhorias sugeridas pela Banca Examinadora. Sou de parecer favorável à sua aprovação.

10.08.2002