

MANUAL DE ENFERMAGEM

**INSTITUTO PARA O DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE – IDS
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO – USP
MINISTÉRIO DA SAÚDE
FUNDAÇÃO TELEFÔNICA**

**SÃO PAULO
2001**

© 2001. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde/IDS. Universidade de São Paulo/USP. Ministério da Saúde/MS.
É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte.

Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135

Tiragem: 15.000 exemplares

Elaboração, coordenação e revisão técnica

Universidade de São Paulo – USP
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Ministério da Saúde – MS

Coordenação do projeto
Paulo A. Lotufo, Raul Cutait, Tânia R. G. B. Pupo

Projeto gráfico e editoração eletrônica
Dreamaker Virtual Art Studios

Financiamento do projeto

Fundação Telefônica

Apoio
Associação Médica Brasileira – AMB
Conselho Federal de Medicina – CFM

Distribuição e informações
Instituto para o Desenvolvimento da Saúde – IDS
Alameda Joaquim Eugênio de Lima, 130, 1.º andar
CEP: 01403-000, São Paulo – SP
E-mail: ids-saude@uol.com.br

Universidade de São Paulo – USP
Av. Prof. Luciano Gualberto, Travessa J, n.º 374, sala 256
CEP: 05586-000, São Paulo – SP
E-mail: Faculdade de Medicina: fm@edu.usp.br
Escola de Enfermagem: ee@edu.usp.br

Ministério da Saúde – MS
Esplanada dos Ministérios, bloco G, edifício sede, 7.º andar, sala 718
CEP: 70058-900, Brasília – DF
E-mail: psf@saude.gov.br

Fundação Telefônica
Rua Joaquim Floriano, 1052, 9.º andar
CEP: 04534-004, São Paulo – SP
E-mail: fundacao@telefonica.org.br

Todos os textos do Manual de Enfermagem estão disponíveis no *site* do IDS:
<http://www.ids-saude.org.br> em constante atualização

Impresso no Brasil / Printed in Brazil

Catálogo na fonte
Bibliotecária Luciana Cerqueira Brito – CRB 1ª Região nº 1542

FICHA CATALOGráfICA

Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde.
Manual de Enfermagem / Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. Universidade de São Paulo. Ministério da Saúde – Brasília:
Ministério da Saúde, 2001.

250 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 135)

ISBN 85-334-0446-8

1. Enfermagem – Manuais. 2. Saúde da Família. I. Brasil. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde. II. Universidade de São Paulo. III. Brasil. Ministério da Saúde. IV. Título. V. Série.

NLM WY 100

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

Lislaine Aparecida Fracolli¹

Maria Rita Bertolozzi¹

O que é a saúde e a doença?

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

A concepção mais integral, que diz respeito à associação entre as condições sociais e a produção da saúde, ganhou nova força em meados da década de 70, sobretudo na América Latina, palco do desenvolvimento de processos de exclusão social, devido à adoção de determinadas políticas de ordens econômica e social. Como resposta a essa situação, na qual a maioria das populações exibe condições cada vez mais precárias em termos de acesso ao consumo uma vez que despojadas progressivamente de emprego e de salários dignos desenvolve-se o embrião latente da denominada Medicina Social, que permanecera mascarada pelo advento da era bacteriológica.

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

Significa que a saúde-doença compõe momentos de um processo maior, que se refere à vida das pessoas, que, por sua vez, está intrinsecamente ligada ao potencial que elas têm ao acesso às necessidades para viver a vida, seja a moradia, a alimentação, a educação, a saúde, o lazer, etc. Ter acesso, numa sociedade como

a brasileira, depende da inserção no sistema de produção, ou seja, do local que a pessoa ocupa no trabalho. Assim, a depender da inserção no sistema de produção, poder-se-á dispor de possibilidades maiores ou menores para o consumo. Portanto, verifica-se que a saúde-doença depende em última instância, do lugar que se ocupa na sociedade. Evidentemente que não se estão deixando de lado as características particulares de cada ser humano, conformadas através do genótipo/fenótipo. Assim, a vida humana é forjada tanto na dimensão de processos que causam danos como daqueles que protegem as pessoas.

E como atuar na ótica da Teoria da Determinação Social do Processo Saúde-Doença?

Talvez fique mais claro se nos propusermos a explicar essa nova forma de conceber e de fazer/ promover saúde, através de um quadro que evidencie dois planos: o da realidade atual dos serviços de saúde e o que se propõe com a abordagem da saúde-doença nas famílias/grupos sociais e no coletivo, que se passa a denominar como emancipatória.

Essa atuação emancipatória pressupõe um trabalho criativo, consciente, que comporte a imaginação, a solidariedade e a liberdade. Aqui se fala, portanto, de um projeto de trabalho que é construído pelo conjunto dos trabalhadores da saúde, o qual pode plenamente ser desenvolvido através da atuação propiciada no Programa de Saúde da Família.

A vida humana é dinâmica e contraditória, não estática. Dessa forma, a saúde não se reduz à aparição de um transtorno e à busca de um serviço de saúde. Os problemas de saúde são resultado de um processo complexo e dinâmico que se produz no interior da sociedade. Por exemplo, as condições de saúde dos trabalhadores se produzem no local de trabalho, no âmbito do consumo familiar no domicílio em que residem, na sua vida organizativa e cultural, entre

outras. Em cada um desses espaços ocorrem fatos que possivelmente sejam destrutivos para o funcionamento de seu corpo biopsíquico. Em todos esses locais também pode haver fatos que sejam benéficos para a saúde.

Nos vários momentos da vida pode predominar um dos pólos: de fortalecimento ou de desgaste do corpo humano e isso se dá através da manifestação de saúde-doença, como estado de saúde ou de doença.

Essa abordagem que busca a integralidade orienta uma nova intervenção que transcende ao fazer tradicional carreado substantivamente pela **Vigilância Epidemiológica** que opera na base da História Natural da Doença, que vincula atributos aos integrantes da cadeia da enfermidade, ou seja, o ser humano, denominado hospedeiro, o agente etiológico e o meio ambiente.

Conforme se falou anteriormente, as intervenções aqui são focais e dizem respeito ao restabelecimento do reequilíbrio dessa cadeia. Não se está defendendo aqui que as ações de Vigilância Epidemiológica são errônea ou desnecessariamente realizadas; ao contrário, aponta-se a forma como a concepção fatorial pode limitar ou reduzir as intervenções em saúde. Isto significa que os resultados da ação realizados podem ser muito pouco efetivos porque se orienta a apenas um fator ou a alguns outros selecionados pelos técnicos de saúde como os “mais importantes” e que devem ser alvo da intervenção.

Na abordagem da **Vigilância à Saúde** está se

remetendo a uma forma de atuação que tem em vista a cotidianidade, ou seja, o constante monitoramento da saúde-doença dos grupos sociais. Neste aspecto, consideram-se como objeto de atenção os perfis de saúde-doença dos grupos sociais e as questões que desencadearam os processos de adoecimento/fortalecimento. A atuação, neste caso, não se reduz à espera de sinais de alarme ou dos denominados eventos sentinela, mas da detecção precoce de estrangulamentos ou de nós críticos que evidenciam os problemas e as necessidades de saúde. Veja-se que estes ganham uma nova dimensão, pois deixam de ser fatores e passam a integrar processos de vida.

Nesse sentido, a atuação em Saúde Coletiva deve dar lugar à apreensão da forma como os usuários dos serviços de saúde, individualmente ou nos grupos sociais, entendem o processo saúde-doença em primeiro lugar, uma vez que se deve partir desse marco para superar o entendimento tradicional. Entendendo-se que a doença não está fatalmente subsumida só à exposição ao agente etiológico ou a alguns fatores, é preciso disponibilizar à população informação de como operam a saúde e a doença, ou seja, como se originam efetivamente. Mais uma vez, convém enfatizar que o entendimento da saúde e da doença não deve deixar de lado o conhecimento sobre como estes ocorrem para além das questões biológicas. Assim, aspectos relativos ao agente biológico são fundamentalmente importantes, mas não se reduzem a eles.

A Atuação na Realidade Atual	A Atuação Emancipatória
Trabalha com a probabilidade/chance	probabilidade/chance Trabalha com necessidades das pessoas/ dos grupos sociais
Trabalha com fatores de risco	Trabalha com processos de fortalecimento e de desgaste na vida
Realidade fracionada	Totalidade
Social-biológico são fatores, dentre outros	Biológico está subsumido ao social
Causalidade	Determinação social do processo saúde-doença
Vigilância epidemiológica	Vigilância à saúde

No seu cotidiano, a enfermeira pode operar na perspectiva emancipatória através dos seguintes

instrumentos: consulta de enfermagem, acolhimento e visita domiciliária. Vejamos como isto poderia ocorrer.

A consulta de Enfermagem e o acolhimento como espaços para a reconstrução da lógica do Processo Saúde-doença na esfera individual.

Os profissionais de saúde, ao exercitarem sua prática, reiteram a lógica médica e medicalizante, hegemônica na sociedade ocidental, atuando segundo as teorias uni ou multicausais do processo saúde-doença. Tal fato se expressa muitas vezes sem que os próprios profissionais se dêem conta. Aqui serão discutidos alguns exemplos de como, no cotidiano do trabalho, se reiteram algumas práticas dessa natureza.

No âmbito do atendimento individual, a Consulta de Enfermagem é um momento de encontro entre o indivíduo e o trabalhador da saúde, o qual se fundamenta, principalmente, sobre o eixo da queixa-conduta. Em outras palavras, o indivíduo que comparece ao atendimento o faz porque, de alguma forma, está “vivenciando” um processo de sofrimento, que se expressa, naquele momento, através de um sintoma ou sinal físico.

Conforme se verificou anteriormente, a depender de como se interpreta a saúde-doença, esse processo pode ser lido sob a ótica da **Unicausalidade, da Multicausalidade, ou da Determinação Social do Processo Saúde-Doença**. Quando apreendida sob esta última concepção, o sintoma ou sinal físico é compreendido como reflexo das condições de vida e de trabalho dessa pessoa, como: falta de dinheiro para pagar uma dívida vencida, a habitação não acabada, a alimentação malconservada pela ausência de geladeira ou porque foi comprada já apresentando certo grau de deterioração. Enfim, poder-se-ia listar aqui uma série de condições que fazem parte da vida das pessoas e são determinantes dos perfis de saúde e doença. Contudo, a enfermeira, ao proceder à consulta do indivíduo, esmera-se em realizar um exame físico rigoroso e em fazer uma anamnese que investigue atentamente as causas biológicas da dor, afere pressão, verifica a temperatura e o peso, realizando ainda outras “avaliações” físicas que possam subsidiar o seu diagnóstico de saúde. Quase sempre se termina o atendimento com a identificação de uma “anormalidade”, ou uma doença, para a qual normalmente existe uma prescrição contendo medicamentos específicos e condutas a seguir, solicitando-se o retorno do paciente em dada previamente agendada.

Mas aí começam alguns problemas. Veja-se que

uma primeira questão a ser apontada é o fato de que a forma como a pessoa vive, trabalha, não foi, em nenhum momento cogitada pela enfermeira, como sendo desencadeante ou condicionante do processo saúde-doença. Além disso, mesmo que o atendimento tenha sido realizado a contento, sob a percepção da enfermeira, cobrindo todas as etapas para se entender o que pode apresentar o paciente, alguns destes não retornam. Os que retornam demonstram, muitas vezes, a continuidade dos sintomas. Portanto, a primeira hipótese que surge é que os medicamentos prescritos não foram eficazes. Então, o profissional revê sua dosagem, refaz o exame, checka se não “errou” o diagnóstico, faz nova prescrição e orientação e remarca o retorno. Neste terceiro momento, podem estar presentes, mais uma vez, os mesmos sinais e sintomas. E assim, sucessivamente, os pacientes vão preenchendo as agendas dos profissionais de saúde e dos serviços, sem, contudo, encontrar a resolução de seus problemas de saúde.

Esses exemplos cotidianos nos remetem à necessidade de mudarmos a lógica de nossa abordagem. A clínica em si é muito eficiente, mas precisa ser ampliada. É preciso resgatar “aquela” prática clínica que não decodifica apenas as questões biopsíquicas, mas que resgata valores de vida, condições sociais e formas de enfrentamento de problemas; essa clínica que resgata, na sua prática, a possibilidade de se conhecer não apenas os sinais e sintomas biológicos dos sujeitos, mas também a sua maneira de “andar na vida”, que não fornece apenas prescrições medicamentosas, mas sim compreensão, responsabilização e vínculo com o sujeito. Assim, adotar um modelo de clínica pautado nesses valores é tomar para si o desafio de incorporar, nas consultas individuais, a lógica da determinação social do processo saúde-doença.

Um outro espaço de exercício dessa visão de determinação social sobre o processo saúde-doença, ainda na dimensão individual, é a introdução, em alguns programas de saúde, de uma modalidade de atendimento chamada “acolhimento”, o qual é considerado como um instrumento de trabalho que incorpora as relações humanas. É um instrumento, pois deve ser apropriado por todos os trabalhadores de saúde e em todos os setores do atendimento. Assim, não se limita ao ato de receber, mas em uma sequência de atos e modos que compõem o processo de trabalho em saúde. Dessa forma, “acolher” não significa a resolução completa dos problemas referidos pelo

usuário, mas a atenção dispensada na relação, envolvendo a escuta, a valorização de suas queixas, a identificação das necessidades, sejam estas do âmbito individual ou coletivo, e a sua transformação em objeto das ações de saúde.

O usuário do serviço de saúde busca obter no “acolhimento” uma relação de compromisso por parte do trabalhador de saúde e a priorização problema/necessidade que o leva ao sistema de saúde, esperando a atenção, a escuta e o respeito por parte dos trabalhadores. O que muitas vezes ocorre é a divergência de interesses entre trabalhador/usuário, onde um - o usuário - busca a resolução de um problema que, segundo sua ótica, considera importante, e o outro - o trabalhador de saúde - muitas vezes se mantém preso aos procedimentos, normas e rotinas do serviço. Nesse encontro de necessidades, a negociação se torna presente e importante pois nem sempre a necessidade de um usuário é um problema para o trabalhador e/ou para o serviço de saúde. Tanto o usuário quanto o profissional podem ser produtores de saúde; esta concepção difere do padrão tradicionalmente em uso nos sistemas de saúde, onde o trabalhador é o sujeito do processo e o usuário é o objeto sobre o qual há uma intervenção para a “melhora de sua saúde”. É preciso uma configuração diferente das ações de saúde por parte dos profissionais que devem reciclar os seus conhecimentos, reaprendendo o trabalho a partir de dinâmicas relacionais, somando entre si os diversos conhecimentos, superando, assim, suas limitações ideológicas.

A Visita Domiciliária (VD) e suas potencialidades para a prática emancipatória de saúde na esfera das famílias

Na esfera familiar, o PSF nos propicia maior proximidade com as pessoas e seus modos de “andar na vida”, principalmente através das Visitas e dos Atendimentos Domiciliares, elencados como práticas importantes dos profissionais que atuam junto ao Programa. A Visita Domiciliária é um instrumento importante para a enfermeira. Fazer uso dessa tecnologia de assistência, de forma a operacionalizar a concepção de determinação social do processo saúde-doença, significa buscar compreender as relações entre os indivíduos que compõem uma família e a maneira como estas relações contribuem para a existência de processos protetores ou de

desgaste para a saúde e a doença.

Entende-se que a VD é menos um instrumento para “policiar” o cumprimento (ou não) de uma “orientação” feita pela enfermeira ou outro profissional de saúde para a família e mais uma intervenção que nos possibilita uma aproximação com os determinantes do processo saúde-doença no âmbito familiar.

Ou seja, a VD é um instrumento que possibilita à enfermeira identificar como se expressam, na família, as formas de trabalho e vida dos membros que a compõem, como estas formas são socializadas entre os membros, quais padrões de solidariedade se desenvolvem no interior do universo familiar e como estes podem contribuir para o processo de cuidado, cura ou recuperação de um de seus membros. Além de buscar a identificação dessa funcionalidade familiar, a sua prática compreende ainda entender as funções sociais, econômicas, ideológicas e de reprodução da força de trabalho da família na sociedade.

Ao permitir que essas questões sejam levantadas, ela possibilita à enfermeira compreender as dificuldades financeiras e sociais que as famílias têm para a qualificação de sua prole, identificar as famílias com maiores riscos sociais de adoecer e morrer e menores potencialidades para o seu enfrentamento, além de organizar o acesso aos serviços de saúde de tal unidade para a priorização do atendimento a essas famílias. Com isso, a enfermeira que atua no PSF estará atuando também na construção do princípio da equidade proposto pelo SUS.

A VD, para ser um instrumento eficiente na operacionalização da lógica da Determinação Social do processo saúde-doença, pode utilizar como instrumento a entrevista (diretiva ou não-diretiva) e a observação sistematizada. A relação profissional de saúde/família deve estar pautada no princípio de participação da família na definição de horizontes terapêuticos, na responsabilidade compartilhada e na construção conjunta da intervenção sobre o processo saúde-doença da família. Acresce-se o fato de que a enfermeira deve lidar com as diferenças culturais, educacionais, valores, ritos, mitos, etc. e sua interferência na saúde-doença.

Um ponto importante diz respeito à necessidade do reconhecimento do saber específico do enfermeiro e dos seus limites e possibilidades. Assim, deve-se levar em consideração que a cultura do enfermeiro e da família é diferente, bem como a sua inserção

social, portanto, devem ser buscadas estratégias para a compreensão e a aproximação do significado da família acerca da sua qualidade de vida e de saúde.

Atuar em VD, respeitando esses princípios, nos aponta no horizonte a possibilidade de podermos superar o paradigma de saúde/doença biologicista e centrado no indivíduo que sempre predominou no modelo de saúde brasileiro.

Os Conselhos Locais de Saúde e a Gestão Colegiada como espaços de reconstrução da lógica do Processo Saúde-doença na esfera Coletiva

No âmbito do coletivo, a atuação sob a ótica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença pode se dar a partir da aproximação dos trabalhadores da saúde com os demais setores sociais que também integram a área de responsabilidade da Unidade Básica de Saúde, ou seja: buscar relacionar-se com as escolas, creches, centros de convivência, grupos organizados, associações e administrações regionais. Para se conseguir atingir alguns problemas de saúde do território de atuação, é indispensável um esforço de toda a sociedade, utilizando-se da plena capacidade dos equipamentos sociais disponíveis.

A socialização das informações que as equipes de saúde possuem deve ser compartilhada com os demais setores sociais e estes têm de ser envolvidos nas discussões e no planejamento das ações das equipes. Deve-se também ter claro que essa participação não se constitui em uma participação “instrumental”, na qual os diferentes setores sociais são chamados apenas para implementar as propostas do serviço. Então, a equipe de saúde deve saber “ouvir” e “considerar” o que os outros setores sociais concebem como problemas e necessidades de saúde a serem trabalhadas. Portanto, a constituição dos Conselhos Locais de Saúde é um espaço importante para esse encontro entre profissional/comunidade, que deve ser ainda uma oportunidade para que os trabalhadores de saúde discutam com a comunidade a lógica da Determinação Social do Processo Saúde-Doença, estes possam ser multiplicadores dessa lógica na comunidade e para que se insiram mais conscientemente na busca de soluções mais efetivas para nossos problemas de saúde.

Estes espaços, além de se constituírem em espaços de deliberação e planejamento, devem ainda se constituir em espaços pedagógicos, onde a população

e os trabalhadores da saúde se formem como sujeitos sociais da saúde. A gestão colegiada dos serviços amplia em muito a possibilidade de construção de sujeitos “no” e “pelo” trabalho, no sentido de que, ao se propiciar a discussão dos projetos profissionais, podem ser explicitadas as lógicas individuais que os regem e pode se apontar para a formação de “contratos” que viabilizem a prática do projeto coletivo. Desse modo, entende-se que é muito importante que as equipes se reúnam entre si e com a direção das unidades para discutirem as informações levantadas, as problemáticas das famílias, as propostas de intervenção e que seja identificada a lógica de entendimento do processo saúde-doença que perpassa suas práticas, a fim de buscar consenso e mudanças em direção ao que seja coletivo em detrimento do que seja individual.

Após a leitura desse texto, os enfermeiros devem estar instrumentalizados para:

- Atuar no processo saúde-doença de indivíduos, famílias e junto ao coletivo;
- Reconhecer as ações que devem ser incorporadas à consulta de enfermagem e à visita domiciliária, para que estas possibilitem a identificação da determinação social do processo saúde-doença nos indivíduos e famílias.
- Reconhecer a participação junto a Conselhos de Saúde como forma de conhecer e de intervir no processo saúde-doença do coletivo.

BIBLIOGRAFIA

BREILH, J. El género entrefuegos: inequidad y esperanza. Quito, Ediciones CEAS. (Serie Mujer nº 4), 1996.

FONSECA, R. M. G. S. da; BERTOLOZZI, M. R. A epidemiologia social como instrumento de intervenção em saúde coletiva e em enfermagem em saúde coletiva. Texto resumido do curso Epidemiologia Social, ministrado durante o I Encontro Internacional de Enfermagem: Educação e Saúde, Santa Maria, 21p., outubro de 1997.

LAURELL, A. C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E.D. (org.). Medicina social: aspectos históricos e teóricos. São Paulo, Global. pp. 133-58, 1983.

OLIVEIRA, M.A.de C. A adolescência, o adolescente e o adolescente: re-significação a partir da determinação social do processo saúde-doença. Doutorado (Tese) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo. São Paulo, 1997.