

UNIVERSIDADE BANDEIRANTE ANHANGUERA
LAÉRCIO OLIVEIRA NEVES

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DIRECIONADOS A
ENFERMEIROS PARA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE IDOSO
COM TONTURA ATENDIDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

SÃO PAULO
2013

LAÉRCIO OLIVEIRA NEVES
MESTRADO PROFISSIONAL EM REABILITAÇÃO DO
EQUILÍBRIO CORPORAL E INCLUSÃO SOCIAL

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DIRECIONADOS A
ENFERMEIROS PARA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE IDOSO
COM TONTURA ATENDIDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA
FAMÍLIA

Trabalho de Conclusão final apresentado à Universidade Bandeirante Anhanguera, como exigência para obtenção do título de MESTRE pelo Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Érica de Toledo Piza Peluso.

Co-orientador: Prof. Dr. Ektor Tsuneo Onishi.

SÃO PAULO
2013

NEVES, LAÉRCIO OLIVEIRA

Desenvolvimento de instrumentos direcionados a enfermeiros para assistência do paciente idoso com tontura atendido na Estratégia Saúde da Família / Laércio Oliveira Neves. – São Paulo: [s.n.] 2013.

52 f.

Dissertação de Mestrado – Universidade Bandeirante Anhanguera. Programa de Mestrado Profissional em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Érica de Toledo Piza Peluso.

Palavras chave: Doenças vestibulares. Papel do Profissional de Enfermagem. Saúde da Família. Saúde do Idoso.

LAÉRCIO OLIVEIRA NEVES

DESENVOLVIMENTO DE INSTRUMENTOS DIRECIONADOS A
ENFERMEIROS PARA ASSISTÊNCIA DO PACIENTE IDOSO COM
TONTURA ATENDIDO NA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

Dissertação apresentada à Universidade Bandeirante Anhanguera para
obtenção do título de Mestre pelo Programa de Mestrado Profissional em
Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social

BANCA EXAMINADORA

Presidente e Orientador

Prof^a. Dr^a. Érica de Toledo Piza Peluso.
Universidade Bandeirante Anhanguera

Assinatura: _____

2 Examinador

Prof^a. Dr^a. Juliana Maria Gazzola
Universidade Bandeirante Anhanguera

Assinatura: _____

3 Examinador

Prof^a. Dr^a. Selma Montosa da Fonseca
Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP)

Assinatura: _____

NOTA FINAL: _____

São Paulo, de

de 2013.

Dedico este trabalho, primeiramente, a Deus que me deu sabedoria e colocou pessoas importantes no meu caminho. Em especial, às três mulheres de minha vida, minha mãe, Cecília Oliveira Neves que, mesmo não tendo acesso aos estudos, me fortaleceu para chegar aonde cheguei, minha esposa Carolina Aranão Neves, que sempre esteve ao meu lado com muita paciência e compreensão e nossa filha Maria Eduarda, que, desde cedo, recebe os ensinamentos para trilhar os estudos e jamais deixar de acreditar no impossível.

AGRADECIMENTOS

Em especial à Prof^a. Dr^a Érica de Toledo Piza Peluso, mais do que orientadora, pessoa íntegra que me direcionou com muita paciência e confiabilidade, realizando as diversas correções dos materiais enviados em qualquer dia e horário, sempre com um excelente humor.

Ao meu co-orientador, Prof. Dr. Ektor Tsuneo Onishi, pelo direcionamento e por dispor de seu valioso tempo, contribuindo e agregando muito a este trabalho.

A Prof^a Dra. Juliana Maria Gazzola, que gentilmente aceitou participar, com seu rico conhecimento, da minha qualificação e defesa.

A Prof^a Dra. Selma Montosa da Fonseca, pelo carinho, respeito, ética e profissionalismo de sempre. Mesmo estando muito à minha frente em seus conhecimentos, sempre manteve a humildade e presteza quando solicitada.

Ao enfermeiro, Sérgio Luis Alves de Moraes Júnior que, além de um grande colega de profissão, tornou-se meu amigo, conselheiro e ouvinte das minhas angústias acadêmicas.

Aos meus amigos, irmãos e familiares pelas orações, incentivo, apoio e compreensão por minha ausência. Meu especial agradecimento a todos vocês que, direta ou indiretamente, contribuíram para meu desempenho.

A todos os professores do Programa de Mestrado que tiveram participação neste trabalho, pois suas aulas foram de grande valia.

A igualdade nos faz repousar.
A contradição é que nos torna
produtivos.

Johann Wolfgang von Goethe.

(1749 – 1832).

RESUMO

NEVES, L. O. **Desenvolvimento de instrumentos direcionados a enfermeiros para assistência do paciente idoso com tontura atendido na Estratégia Saúde da Família.** 2013. 52 f. Dissertação (Mestrado) – Programa de Mestrado em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, Universidade Bandeirante Anhanguera, São Paulo, 2013.

A tontura, sintoma mais comum das doenças vestibulares, é prevalente em idosos e pode acarretar importantes consequências para os indivíduos desta faixa etária como quedas, perda da autonomia e diminuição da qualidade de vida. É importante que, no âmbito da atenção básica à saúde, idosos com tontura possam receber ações preventivas e curativas. A Estratégia Saúde da Família (ESF), como parte da reorganização do setor de saúde no Brasil, deve ser a porta de entrada ao Sistema Único de Saúde. Os profissionais que nela atuam devem desenvolver habilidades e competências para realizar a promoção, proteção e recuperação do indivíduo e coletividade. O enfermeiro que trabalha na ESF tem papel fundamental nesta tarefa, devendo atuar no processo saúde-doença dos idosos de forma contínua e integrada à equipe interdisciplinar. Este estudo teve como objetivo desenvolver instrumentos direcionados a enfermeiros para assistência do paciente idoso com tontura atendido na ESF. Foram elaborados dois instrumentos: um Folder informativo que abordou a tontura, as doenças vestibulares e a atuação do enfermeiro; e uma Sistematização de Assistência de Enfermagem, que pode ser utilizada como instrumento norteador para o enfermeiro no atendimento do paciente idoso que apresente tontura na ESF. Com a produção e a divulgação destes materiais entre os enfermeiros, pretende-se contribuir para aumentar o reconhecimento dos sintomas e o tratamento adequado das doenças vestibulares na atenção básica, o que pode reduzir seu impacto na qualidade de vida, autonomia e na funcionalidade dos idosos atendidos na ESF.

Palavras-chave: Doenças vestibulares. Papel do Profissional de Enfermagem. Saúde da Família. Saúde do Idoso.

ABSTRACT

NEVES, L. O. **Development of nurse-directed instruments for assistance to aged dizziness-affected patients treated at the Family Healthcare Strategy.** 2013. 52 p. Dissertation (Master's Program) – Master's Program on the Rehabilitation of Body Balance and Social Inclusion, Universidade Bandeirante Anhanguera, São Paulo, 2013.

Dizziness, the most common symptom of vestibular diseases, is prevalent in aged people and may bring serious consequences to individuals of that age group, such as falling, losing autonomy and having their life quality of life reduced. It is important that, in the scope of basic attention to healthcare, aged dizziness-affected people might be provided with preventive and curative actions. The Family Healthcare Strategy (ESF), as part of the reorganization of the Brazilian healthcare sector, is to be the key gateway to the Brazilian National Health System - SUS. The professionals acting in it should develop skills and competences required to carry out the promotion, protection and recovery of the individual and the collectivity. Nurses working at the ESF hold a key role in this task and should work on the aged people health-disease process in a continued basis and in conjunction with the multi-professional team. The purpose of this study has been the development of nurse-directed instruments for the assistance of aged patients with dizziness treated at the ESF. Two instruments have been created: an informational Folder that approached dizziness, vestibular diseases and nurses' performance; and a Nursing Assistance Systematization, which may be used by nurses as a guiding instrument when treating aged dizziness-affected patients at the ESF. With the production and propagation of such materials among nurses, it is intended to contribute for an increase in the identification of symptoms and the appropriate treatment of vestibular diseases in the basic care, which may reduce its impact on the life quality, autonomy and functionality of aged people treated at the ESF.

Key words: Vestibular diseases. Nursing Professional Role. Family Healthcare. Aged People's Health.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AB	Atenção Básica
APS	Atenção Primária à Saúde
ACS	Agente Comunitário de Saúde
ACD	Auxiliar de Consultório Dentário
AVD	Atividade de Vida Diária
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
ESF	Estratégia Saúde da Família
LILACS	Literatura Latino-Americano e do Caribe em Ciências da Saúde
LOS	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NHB	Necessidade Humana Básica
NHBA	Necessidade Humana Básica Afetada
NOB	Norma Operacional Básica
ONU	Organização das Nações Unidas
PNSI	Programa Nacional de Saúde do Idoso
RVO	Reflexo Vestíbulo Ocular
RVE	Reflexo Vestíbulo Espinhal
SNC	Sistema Nervoso Central
SUS	Sistema Único de Saúde
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIAB	Sistema de Informação da Atenção Básica
THD	Técnico de Higiene Dental
USF	Unidade de Saúde da Família
UBS	Unidade Básica de Saúde
VPPB	Vertigem Posicional Paroxística Benigna

SUMÁRIO

1.	INTRODUÇÃO	10
2.	REVISÃO DA LITERATURA	12
2. 1	SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	12
2. 2	ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	14
2. 3	ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA.....	16
2. 4	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESF.....	19
2. 5	PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	20
2. 6	SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	22
2. 7	TONTURA E DOENÇAS VESTIBULARES.....	28
2. 8	TONTURA E DOENÇAS VESTIBULARES NOS IDOSOS.....	30
2. 9	ABORDAGEM DO IDOSO NA ESF.....	33
2. 10	ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO A IDOSOS COM VESTIBULOPATIAS NA ESF.....	35
3.	OBJETIVOS	37
3. 1	OBJETIVO GERAL.....	37
3. 2	OBJETIVOS ESPECIFICOS.....	37
4.	MÉTODO	38
5.	RESULTADOS	40
6.	CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
	REFERÊNCIAS	42
	APÊNDICE 1	47
	APÊNDICE 2	48

1. INTRODUÇÃO

As doenças vestibulares têm elevada prevalência na população geral, principalmente em idosos. Seu sintoma principal é a tontura, que pode estar associada a sintomas neurovegetativos, alterações na audição (perda auditiva, zumbido, intolerância a sons), desequilíbrio postural, instabilidade à marcha, entre outros.

A tontura, além de trazer limitações importantes como perda da autonomia e das atividades diárias dos pacientes, também desencadeia frequentemente a ocorrência de quedas. As quedas, especialmente em idosos, podem gerar consequências importantes como fraturas ósseas, aumento de internações hospitalares e óbitos.

É de extrema relevância que os profissionais de saúde que atuam na atenção básica, principal porta de entrada do Sistema Único de Saúde (SUS), estejam qualificados para identificar precocemente as doenças vestibulares e o risco de quedas nos idosos, oferecendo orientação e tratamento adequado.

Os enfermeiros têm um papel fundamental na Saúde Pública em geral e especificamente na Estratégia de Saúde da Família (ESF), em que fazem parte da equipe mínima. Estes profissionais atuam de forma continuada no processo de atenção à saúde da população, de forma interdisciplinar.

Torna-se importante divulgar conhecimentos atualizados sobre as doenças vestibulares e seu tratamento entre os enfermeiros, a fim de capacitá-los a reconhecer seus sinais e sintomas e oferecer intervenções adequadas ao paciente, seus familiares, seus cuidadores, atuando de forma interdisciplinar com a equipe de saúde.

Desta forma, com uma intervenção mais precoce, aumentam as chances da implementação de uma terapêutica efetiva, que diminua o impacto dos sintomas na qualidade de vida dos pacientes e também ajude a prevenir quedas e suas consequências nos idosos com tontura.

Este estudo propõe o desenvolvimento de instrumentos que focalizam a tontura e as doenças vestibulares, direcionados a enfermeiros que atuam na ESF, com o objetivo de auxiliar estes profissionais na atenção aos idosos com tontura.

Desta forma, pretende-se contribuir para a minimização das consequências da tontura e aumentar a qualidade de vida, autonomia, participação social e a funcionalidade dos idosos atendidos na ESF.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE (SUS)

A partir do fomento na 8ª Conferência Nacional de Saúde (CNS) que ocorreu em 1986, houve a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Este Sistema, atualmente com duas décadas de existência, tem sido capaz de estruturar e consolidar um sistema público de saúde, com resultados importantes para a população brasileira. Entre os objetivos que o SUS vem atingindo, pode-se destacar a atuação em todos os níveis de atenção à saúde, estando presente nas instituições de saúde pública e privada (filantrópicas e lucrativas) e prestadora de serviços de saúde (DIAS, 2002).

A implementação do SUS se iniciou nos anos 90, após a criação da Lei Orgânica da Saúde (LOS), que discorre sobre a Promoção, Proteção, Recuperação, Organização e Funcionamento, concentrando ainda normas e portarias emitidas pelo Ministério da Saúde (MS) como, por exemplo, as Normas Operacionais Básicas (NOBs), como instrumentos de regulamentação do sistema.

Entretanto, desde o início da implantação do SUS, vários problemas se colocaram para sua operacionalização. Pode-se destacar entre eles: o financiamento das ações de saúde; a definição clara de funções para os três entes governamentais, definindo as responsabilidades e competências de cada nível do governo (Governo Federal, Estadual e Municipal); as formas de articulação público/privado no novo modelo de organização dos serviços; e a resistência do antigo modelo assistencial – baseado na doença e em ações curativas individuais – a uma mudança mais substantiva nas práticas assistenciais (VIANA, POZ, 2005).

O princípio fundamental que articula o conjunto de leis e normas que constituem a base jurídica da política de saúde e do processo de organização do SUS no Brasil hoje está explicitado no artigo 196 da Constituição Federal (1988), que afirma:

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso igualitário

às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1997).

Esse artigo traz, além da idéia central do direito à saúde como direito de cidadania, inerente a todos aqueles que sejam brasileiros, a noção de que cabe ao Estado a responsabilidade por promover a saúde, proteger o cidadão contra os riscos a que ele se expõe e assegurar a assistência em caso de doença ou outro agravo à saúde (BRASIL, 1997).

O SUS é regido pelos princípios doutrinários da Universalidade, Equidade e Integralidade. A Universalidade é a garantia de atenção à saúde por parte do sistema, a todo e qualquer cidadão independente de gênero, cor, raça, etnia, fator socioeconômico e/ou doença, direito este garantido mediante a construção de políticas públicas. A universalização, todavia, não quer dizer somente a garantia imediata de acesso às ações e aos serviços de saúde, diferentemente, coloca o desafio de oferta desses serviços e ações de saúde a todos que dele necessitam (BRASIL, 2000).

A Equidade assegura ações e serviços em todos os níveis de atenção (primário, secundário, terciário e quaternário), de acordo com a complexidade que cada caso requeira, sem privilégio ou barreiras, tratando de forma igual os desiguais.

A Integralidade consiste em considerar a pessoa com um todo, atendendo a todas as suas necessidades de acordo com o nível de complexidade tecnológica. Diz respeito ainda às ações de promoção, prevenção, tratamento e reabilitação da saúde, reduzindo assim a disparidade social e regional existente em nosso país (BRASIL, 2000; GONTIJO, 2011).

Este Sistema possui princípios organizativos, a saber: Regionalização e Hierarquização, estando estes diretamente ligados às atribuições dos gestores estaduais e municipais que devem buscar a melhor maneira de garantir a eficiência, a eficácia e a efetividade do SUS, capacitando assim os serviços para oferecer a uma determinada população todas as modalidades de assistência. Deve ocorrer através dos serviços de nível primário de atenção, devendo os mesmos estarem qualificados para resolver os principais problemas de saúde do indivíduo e/ou coletividade, caso não esteja dentro da

competência, deverão ser referenciados para os serviços de maior complexidade tecnológica.

A Descentralização, outro princípio organizativo do SUS, pode ser observada em níveis de competências ou de esferas de governo, ocorrendo a redistribuição das responsabilidades pelas ações e serviços de saúde entre as várias esferas de governo, com foco na municipalização dos serviços. A Resolutividade é o princípio que exige do prestador de assistência correspondente, capacitação para resolver o problema do indivíduo e/ou coletividade, até o nível da sua competência (BRASIL, 2000).

Por último e não menos importante, o SUS têm incorporado o princípio da participação social que severa ocorrer através de políticas públicas. A obrigatoriedade da formação e do funcionamento dos Conselhos de Saúde tem impulsionado a sociedade a participar dos rumos tomados pelo SUS. A presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) materializa este princípio. De acordo com a Portaria nº. 1. 886, de 1997, que estabelece as Normas e Diretrizes para contratação e desenvolvimento do trabalho do ACS, este deve residir na comunidade, conseguindo assim, absorver as características e realidades epidemiológicas (BRASIL, 2000; GONTIJO, 2011).

A criação do SUS surgiu com a proposta de que o mesmo possa atuar em todos os níveis de atenção: Nível Primário (atenção básica), Nível Secundário (nível ambulatorial) Nível Terciário (rede hospitalar) e Nível Quaternário (hospitais de especialidades), mas não perdendo o foco a intenção de ter como porta de entrada ao SUS a atenção básica (BRASIL, 2000; GONTIJO, 2011).

2. 2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

Quando nos referimos a Saúde Pública, há uma frequente discussão acerca da terminologia ideal para designar o primeiro nível de atenção à saúde. No Brasil, esta discussão ganha contornos especiais. Em contraste com a tendência internacional do uso de “Atenção Primária” (AP), a expressão “Atenção Básica” (AB) foi oficializada pelo governo brasileiro, que passou a denominar assim suas secretarias e documentos oficiais (BRASIL, 2006)

Atenção Primária à Saúde (APS) pressupõe um conjunto de ações individuais e coletivas, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, relacionadas à promoção e proteção da saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento e reabilitação. A APS constitui uma das principais portas de entrada para o SUS, devendo resolver 80% dos problemas de saúde da população. Ela está centrada na família e na participação ativa da comunidade e dos profissionais responsáveis pelo seu cuidado (BRASIL, 2006).

A APS é considerada atenção de primeiro contato, contínua, global e coordenada que proporciona à população, sem distinção de gênero, enfermidade ou sistema orgânico afetado, um arranjo assistencial importante (BRASIL, 1998).

Constitui um conjunto de ações, de caráter individual e coletivo, situada, no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação. De acordo com o MS (1998):

A APS, inserida no contexto da Atenção Básica, é desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe. Está dirigida a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária, considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações. Utiliza tecnologias de elevada complexidade e baixa densidade, que devem resolver os problemas de saúde de maior frequência e relevância em seu território. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde (BRASIL, 1998).

A Atenção Básica orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A Atenção Básica considera o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural e busca a promoção de sua saúde, a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. A Atenção Básica tem a Saúde da Família como estratégia prioritária para sua organização de acordo com os preceitos do SUS (BRASIL, 2006).

2.3 ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

A ESF, antigamente denominada Programa de Saúde da Família (PSF) é uma das principais estratégias do MS, para reorientar o modelo assistencial do SUS, e vem procurando melhorar o estado de saúde da população, mediante a construção de um modelo assistencial mais compatível às necessidades da população brasileira (BRASIL, 1997).

Tem como prioridade as ações de promoção, proteção e recuperação da saúde dos indivíduos e da família, do recém-nascido ao idoso, sadios ou doentes, de forma integral e contínua. Substituindo o paradigma do modelo tradicional de assistência à saúde, não mais centrado na intercessão à doença, mas, sobretudo na reorganização da prática assistencial com ênfase na promoção da qualidade de vida e intervenção nos fatores que a colocam em risco (BRASIL, 1998; JESUS, 2008).

De acordo com Cohn (1999), a Saúde da Família centra sua atenção na família entendida e percebida a partir de seu ambiente físico e social, o que possibilita às equipes do programa uma compreensão ampliada do processo saúde-doença e da necessidade de intervenção que vai além das práticas curativas, atuando diretamente como porta de entrada para o SUS.

Por fazer parte das medidas e ações estratégicas, o MS defende que:

ESF não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde, e sim, uma estratégia que possibilita a integração e promove a organização destas atividades em um território definido. Seus objetivos são: promover a família como núcleo básico de abordagem; prevenir doenças e identificar fatores de risco aos quais a população está exposta; fornecer atenção integral nas especialidades básicas, a nível domiciliar, ambulatorial e hospitalar; atender a população cadastrada da região, através do agendamento, possibilitando os atendimentos domiciliares e humanizar o atendimento (BRASIL, 2006).

Esta estratégia está estruturada a partir da Unidade de Saúde da Família (USF) com equipe multiprofissional, que assume a responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada e desenvolve ações de promoção e de prevenção da saúde. Caracteriza-se como porta de entrada do sistema local de saúde, devendo trabalhar com a definição de um território de abrangência, ou seja, uma área pela qual a equipe será responsável (SCHIMITH, 2004).

Como a intenção e o objetivo do MS é ter a Atenção Básica como porta de entrada do SUS, a ESF presta assistência básica à saúde da população adscrita em sua área de abrangência, valorizando as ações de promoção e proteção da saúde, prevenção das doenças e atenção integral às pessoas (GONTIJO, 2011)

A operacionalização da ESF ocorre por meio de um diagnóstico situacional, da definição territorial da clientela, da noção da família como foco da assistência, o trabalho em equipe interdisciplinar e multiprofissional e o vínculo entre os profissionais e as famílias assistidas. A territorialização pressupõe o diagnóstico das características sociais, demográficas e epidemiológicas e deve impactar, de forma favorável, nas condições de saúde da população adscrita. Para tal, as equipes de saúde devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares. Este diagnóstico, de acordo com o MS, permite:

- Identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco desta população;
- Elaborar, em conjunto com a comunidade, um plano de ação para o enfrentamento dos determinantes de processo saúde/doença;
- Prestar assistência integral na USF, na comunidade, no domicílio além do acompanhamento nos serviços de referência ambulatorial ou hospitalar;
- Desenvolver ações educativas e intersetoriais para o enfrentamento dos problemas de saúde (BRASIL, 1997).

O funcionamento das USF se dá pela atuação de uma ou mais equipes de profissionais que devem se responsabilizar pela atenção à saúde da população, vinculada a um determinado território. Cada equipe é responsável

por uma área onde residem entre 600 a 1000 famílias, com limite máximo de 4000 habitantes. Essas equipes devem realizar o cadastramento das famílias por meio de visitas domiciliares às residências, em sua área de abrangência. As informações desse cadastro, juntamente com outras fontes de informação, levam ao conhecimento da realidade daquela população, seus principais problemas de saúde e seu modo de vida (BRASIL, 1997).

Essas informações servem para que o gestor e a equipe, juntamente com a população, possam planejar as atividades a serem desenvolvidas, para que cumpram seu objetivo de melhorar as condições encontradas. O cadastro destas famílias é registrado no Sistema de Informações da Atenção Básica (SIAB).

O SIAB é, portanto, um sistema de informação que sistematiza os dados coletados, possibilita a sua informatização e gera relatórios de acompanhamento e avaliação.

A equipe mínima da ESF é composta por enfermeiro, técnico de enfermagem, médico generalista ou de família, agentes comunitários de saúde (ACS). Além desses, odontólogos, técnico e/ou auxiliar de consultório dentário.

Todos esses profissionais devem desenvolver suas atividades profissionais tanto nas USF quanto na comunidade, devendo ter capacidade pelo trabalho em equipe, facilidade no trato com pessoas, habilidade em trabalhar com planejamento e programação em saúde; capacidade em adaptar-se a situações novas e qualificação profissional adequada às práticas de saúde pública (BRASIL, 1997; GONTIJO, 2011).

De acordo com o MS, dentre as diversas atividades da equipe da ESF, estão:

Mapeamento da área adscrita e dos equipamentos sociais presentes nesse território; Planejamento, busca ativa, cadastramento e acompanhamento das famílias; Acolhimento e marcação de consultas; Ações individuais e/ou coletivas de promoção à saúde e prevenção de doenças; Consultas médicas, de enfermagem e de odontologia; Realização de procedimentos odontológicos, médicos e de enfermagem: imunizações, inalações, curativos, drenagem de abscessos e suturas; Administração de medicamentos orais e injetáveis,

terapia de reidratação, entre outras; Acolhimento e urgências básicas de enfermagem, de medicina e de odontologia; Realização de encaminhamento adequado das urgências e de casos de maior complexidade (BRASIL, 1997).

Uma das maiores dificuldades na implementação da ESF diz respeito à carência de profissionais para atender a esta nova realidade. A ESF exige para sua consecução, profissionais com formação generalista, capazes de atuar de forma efetiva na complexa demanda de cuidados da Atenção Básica, estando, desta forma, na contramão da medicina intervencionista e sofisticada de nossos dias (JESUS, 2008; GONTIJO, 2011)

2. 4 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ESF

O enfermeiro é uma das categorias profissionais que faz parte da equipe mínima da ESF. Nesta Estratégia, como resultado da reorganização do modelo de assistência curativo para o preventivo, o enfermeiro atua de forma continuada no processo de atenção à saúde da população, de forma interdisciplinar. O foco do trabalho desta categoria profissional não está voltado ao modelo biomédico e sim ao modelo biopsicossocial.

O enfermeiro, por ter um contato mais próximo e contínuo com a coletividade, tem a possibilidade de intervir precocemente, identificando e criando estratégias e ações que possam influenciar no processo saúde-doença do indivíduo, família e/ou comunidade (JONAS; RODRIGUES; RESCK, 2011).

A enfermagem atualmente representa mais de 80% do efetivo que atua nos programas de assistência em Saúde Pública. Cabe a este profissional participar efetivamente da recriação das práticas de atenção à saúde no Brasil. (ARAÚJO; OLIVEIRA, 2009).

A prática de Enfermagem em atenção primária representa uma das áreas de atuação mais requerida na atual política de saúde no País, cuja principal intenção é promover e preservar a saúde da população, exigindo competência para tomar decisões (COSTA; SALAZAR, 2007).

O enfermeiro que desenvolve sua prática na ESF necessita estar instrumentalizado para intervir no processo saúde-doença dos indivíduos e

coletividade, identificando as necessidades sociais e de saúde da população. Estes profissionais necessitam estar capacitados para atuar neste cenário e, para tanto, o processo de educação permanente é fundamental.

A participação direta do profissional enfermeiro é de suma importância, já que a dinâmica das doenças sofre constante evolução, exigindo que esses profissionais adquiram continuamente as habilidades e competências que respeitem o contexto epidemiológico e as necessidades de adaptar-se rapidamente aos cenários de saúde (PRADO, 2001).

De acordo com o Conselho Regional de Enfermagem (COREN), as atribuições do enfermeiro, estão ligadas à: Ações administrativas, educativas e assistenciais, onde faz parte de suas atribuições propor campanhas de promoção em saúde, objetivando a captação precoce de possíveis portadores de doenças distintas, buscando sempre a análise da família e do indivíduo de forma integral e não apenas as queixas.

A consulta de enfermagem é uma ação privativa e tem como objetivo identificar e buscar soluções para um determinado problema, identificar precocemente agravos à saúde, tendo caráter educativo, propiciando a troca de saberes. É aplicada a um indivíduo, família ou comunidade sendo parte integrante da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE). Este profissional está legalmente preparado para realizar diagnóstico, prescrever medicamentos, solicitar e avaliar exames, o que ocorre por muitas vezes é a falta de preparo deste profissional na universidade. A falta de protocolos que descrevam as rotinas e as atribuições de cada profissional nas instituições pode gerar ansiedade neste profissional (SANTOS et al., 2008).

2. 5 PROCESSO DE ENFERMAGEM

Segundo Horta (1979):

O Processo de Enfermagem é a dinâmica das ações sistematizadas e inter-relacionadas, visando à assistência ao ser humano, constituído por seis fases ou passos dinâmicos e inter-relacionados - histórico, diagnóstico, plano assistencial,

plano de cuidados ou prescrição, evolução e prognóstico (HORTA, 1979, p. 35).

O Processo de Enfermagem indica um trabalho profissional específico e pressupõe uma série de ações dinâmicas e inter-relacionadas para sua realização, ou seja, indica a adoção de um determinado método ou modo de fazer -Sistematização da Assistência de Enfermagem - fundamentado em um sistema de valores e crenças morais e no conhecimento técnico-científico da área (GARCIA, NÓBREGA, 2004).

O Processo de enfermagem é um método utilizado para se implantar, na prática profissional, uma teoria de enfermagem. A análise das teorias de enfermagem permite que sejam classificadas de dois modos distintos. No primeiro, a classificação é feita a partir da identificação do foco primário, o que possibilita distinguir quatro grupos de teorias de enfermagem: 1) as centradas no cliente; 2) as centradas no relacionamento entre o cliente e o meio ambiente; 3) a centrada nas interações profissional enfermeiro-cliente; e 4) as centradas na terapêutica de enfermagem. No segundo modo, a classificação das teorias é feita tendo por base o papel que os enfermeiros desempenham na prática profissional (GARCIA, NÓBREGA, 2004).

Nesse modo, distinguem-se três grupos de teorias de enfermagem: 1) as orientadas para as necessidades dos clientes (o “que” do cuidado de enfermagem), como a de Faye Abdellah (teoria centrada nos problemas), Virginia Henderson (teoria dos componentes do cuidado) e Dorothea E. Orem (teoria do autocuidado); 2) as orientadas para o processo de interação enfermeiro-cliente (o “como” do cuidado de enfermagem), elaboradas por teóricas como Imogene M. King (teoria do alcance de objetivos), Ida Jean Orlando (teoria do processo de enfermagem), Josephine Paterson e Loretta Zderad (teoria humanista), Hildegard Peplau (teoria interpessoal), Joyce Travelbee e Ernestine Wiedenbach (teoria da filosofia, propósito, prática e arte); e 3) as orientadas para os resultados das ações de enfermagem (o “porque” do cuidado de enfermagem), elaboradas por Wanda de Aguiar Horta (teoria das necessidades humanas básicas – NHB), Dorothy Johnson (teoria do sistema comportamental) e Martha Rogers (teoria dos seres humanos unitários) além de Myra Estrin Levine (teoria da conservação de energia e da

enfermagem holística) e Sister Callista Roy (teoria da adaptação) (GARCIA, NÓBREGA, 2004).

Assim como a profissão enfermagem está inserida em diversas especialidades da área da saúde, o Processo de Enfermagem é aplicável em uma ampla variedade de ambientes (instituições prestadoras de serviços de internação hospitalar ou de serviços ambulatoriais de saúde, escolas, associações comunitárias, fábricas, domicílios, entre outros), tanto na gestão pública como privada e em uma ampla variedade de situações clínicas em que as observações sobre as necessidades humanas da clientela são necessárias e recomendadas (GARCIA, NÓBREGA, 2004).

2. 6 SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE)

A saúde é definida como um fenômeno multidimensional, com características individuais e coletivas, que envolve aspectos físicos, psicológicos e sociais da natureza humana, sendo que a enfermagem como profissão organiza-se e expressa sua ação no cuidado ou na assistência ao indivíduo em vários ambientes, nas suas condições de vida (BRETAS,1999).

A preocupação da enfermagem não está ligada primariamente ao aspecto prático e sim com a questão teórica. A enfermagem inicia sua caminhada para a adoção de uma prática baseada em conhecimentos científicos, abandonando gradativamente a postura de atividade caritativa, intuitiva e empírica a partir de Florence Nightingale, que afirmava que a enfermagem requeria conhecimentos distintos dos da medicina. Ela definiu as premissas em que a profissão deveria se basear estabelecendo um conhecimento de enfermagem direcionado à pessoa às condições nas quais ela vivia e em como o ambiente poderia atuar, positivamente ou não, sobre a saúde das pessoas (TANNURE, GONÇALVES, 2008).

O desenvolvimento das práticas de saúde está intimamente associado às estruturas sociais das diferentes nações em épocas diversas. Cada período histórico é determinado por uma formação social específica, trazendo consigo uma caracterização própria que engloba sua filosofia, sua política, sua economia, suas leis e sua ideologia.

Os períodos transitórios de desenvolvimento das nações, as relações de poder e a articulação da questão saúde, dentro da perspectiva socioeconômica e política, são os fatores que caracterizam a evolução e a trajetória das práticas de saúde, na qual a Enfermagem está inserida (PADILHA, BORENSTEIN, 2006).

Todo o contexto, as multiplicidades de fatores que condicionam o bem-estar, o estado de saúde das pessoas, são objetos de preocupação do profissional de enfermagem.

O cuidar/cuidado é o núcleo da prática cotidiana de enfermagem, a qual permite a manifestação de vários meios e características e o surgimento de seus métodos e instrumentos de trabalho (FARIAS, 1997).

Para realizar as atividades de cuidado, o enfermeiro necessita de instrumental conceitual e técnico para abordar a realidade da prática. O método é a organização, a sistemática racional das ações para alcançar os objetivos da assistência (FARIAS, 1997).

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE), mais do que uma ferramenta importante, é uma metodologia de organização, planejamento e execução de ações sistematizadas, que são realizadas pela equipe durante o período em que o cliente se encontra sob a assistência de enfermagem (GARCIA, NÓBREGA, 2004).

Essa metodologia foi introduzida nas décadas de 1920 e 30 nos cursos de Enfermagem, particularmente no ensino dos estudos de caso e no planejamento de cuidados individualizados seguindo uma linha de personalização da assistência, priorizando a abordagem do paciente como um todo e não em partes. Posteriormente, a SAE passa a ser utilizada como instrumento de planejamento e execução de sua prática, sendo denominada de Plano de Cuidados. Paralelamente havia a preocupação em introduzir os princípios científicos na prática de Enfermagem e abandonar a característica instintiva que sempre acompanhou a profissão da enfermagem, passando a SAE a ser utilizada como um método científico na organização dos cuidados (NEVES, SHIMIZU, 2010).

No Brasil, a SAE começou a ser implantada com maior ênfase em alguns Serviços de Enfermagem nas décadas de 1970 e 80, pois nessa época, a Teoria de Necessidades Humanas Básicas (NHB), de Wanda de Aguiar

Horta, influenciou a aplicação do Processo de Enfermagem nas instituições de saúde e no ensino de Enfermagem. Essa Teoria foi adotada para a implementação das etapas da SAE no cenário em estudo, tendo em vista que esse modelo tem sido adotado pela maioria dos enfermeiros e amplamente utilizado nas pesquisas de SAE e nas realidades brasileiras (TANNURE, GONÇALVES, 2008).

Para a implantação e operacionalização do cuidar, o enfermeiro usa o método da SAE que possibilita identificar a presença das Necessidades Humanas Básicas Afetadas (NHBA). A partir desta identificação os diagnósticos são classificados e as respectivas intervenções de enfermagem estabelecidas. Desta forma, a equipe de enfermagem consegue prestar uma assistência planejada, fundamentada em conhecimentos, viabilizando um cuidado objetivo e individualizado (HORTA, 1979).

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 272/2002, determinou que a SAE é uma incumbência privativa do enfermeiro e ressalta a importância e a obrigatoriedade da implantação da mesma, determinando que a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde pública e privada e que os passos dessa sistematização sejam formalmente registrados no prontuário do paciente (COFEN, 2013).

A prática da assistência de enfermagem vai além do modelo médico, ela é baseada e instrumentalizada por um referencial próprio, criado e construído pelos profissionais de enfermagem, o qual possibilita a união da teoria à prática. O uso de marcos conceituais explícitos na prática assistencial altera, também, a estrutura da forma da assistência, possibilitando ação participativa e crítica (BARROS, LOPES, 2010).

Diversos conceitos, teorias e modelos específicos à enfermagem foram e estão sendo desenvolvidos, com a finalidade de prestar uma assistência sistematizada, ou seja, planejar as ações, determinar e gerenciar o cuidado, registrar tudo o que foi planejado e executado e, finalmente, avaliar estas condições, permitindo assim gerar conhecimentos a partir da prática, realizando assim o processo de enfermagem (BARROS, LOPES, 2010).

A SAE está dividida em fases ou processos, a saber: Histórico de enfermagem, Diagnóstico de enfermagem, Prescrição de enfermagem,

evolução de enfermagem e Prognóstico de enfermagem (TANNURE, GONÇALVES, 2008; BARROS, LOPES, 2010).

Histórico de enfermagem

Introduzido na prática por volta de 1965 por Wanda de Aguiar Horta, como sendo a primeira fase do processo de enfermagem, ou seja, é o primeiro passo para a determinação do estado de saúde do paciente. O histórico de enfermagem também é denominado levantamento, avaliação e investigação que, pode ser descrito como um roteiro sistematizado para coleta e análise de dados significativos do ser humano, tornando possível a identificação de seus problemas (TANNURE, GONÇALVES, 2008).

O Histórico de Enfermagem, sendo a primeira fase do processo de enfermagem, torna-se relevante para o enfermeiro, pois determina o caminho a ser conduzido, podendo nortear o profissional na condução das próximas fases. Consiste em um roteiro sistematizado para o levantamento de dados que sejam significativos para a assistência da enfermagem, que estejam voltados ao paciente, família ou comunidade, a fim de tornar possível a identificação dos seus problemas de saúde atuais ou potenciais, além de organizar, analisar, sintetizar e sumarizar os dados coletados. Ao analisá-lo adequadamente, pode-se chegar ao diagnóstico de enfermagem, sendo esta a próxima etapa (GARCIA, NÓBREGA, 2004).

Inserido no contexto do histórico de enfermagem, está o exame físico, fase está que o enfermeiro deverá realizar as seguintes técnicas: inspeção, ausculta, palpação e percussão, de forma criteriosa, efetuando o levantamento de dados sobre o estado de saúde do paciente e anotação das anormalidades encontradas para validar as informações obtidas no histórico. A inspeção consiste na observação detalhada com vista desarmada, da superfície externa do corpo bem como das cavidades que são acessíveis por sua comunicação com o exterior, como, por exemplo, a boca, as narinas e o conduto auditivo. A palpação é a utilização do sentido do tato das mãos do examinador, com o objetivo de determinar as características da região explorada. A percussão consiste em golpear a superfície explorada do corpo para produzir sons que permitam avaliar as estruturas pelo tipo de som produzido. A ausculta é o

procedimento pelo qual se detectam os sons produzidos dentro do organismo, com ou sem instrumentos próprios (TANNURE, GONÇALVES, 2008; BARRA, SASSO, 2011).

Diagnóstico de enfermagem

O termo diagnóstico de enfermagem surgiu na literatura norte-americana em 1950. Em 1986, a Associação Norte-Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA) publicou a primeira classificação internacional, denominada Taxonomia I, sendo atualizada posteriormente e republicada com Taxonomia II.

No Brasil, a expressão diagnóstico de enfermagem foi introduzida por Wanda de Aguiar Horta na década de 60, e constitui-se em uma das etapas do processo de enfermagem. Para Horta, diagnóstico de enfermagem é a identificação das necessidades do ser humano que precisa de atendimento e a determinação, pelo enfermeiro, do grau de dependência deste atendimento em natureza e extensão. O enfermeiro, após ter analisado os dados escolhidos no histórico e exame físico, identificará os problemas de Enfermagem, as necessidades básicas afetadas, grau de dependência e fará um julgamento clínico sobre as respostas do indivíduo, da família e comunidade aos problemas/processos de vida vigentes ou potenciais (BARROS, 2010).

Diagnóstico de Enfermagem refere-se ao processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, que resultará em tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que representam, com mais exatidão, as respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo de saúde e doença, e que constitui a base para a seleção das ações ou intervenções com as quais se objetiva alcançar os resultados esperados (TANNURE, GONÇALVES, 2008)

Prescrição de enfermagem

A prescrição de Enfermagem é o conjunto de medidas decididas pelo Enfermeiro, que direciona e coordena a Assistência de Enfermagem ao

paciente de forma individualizada e contínua, objetivando a prevenção, promoção, proteção, recuperação e manutenção da saúde.

Para Horta (1979), a prescrição de enfermagem é a implementação do plano assistencial pelo roteiro diário que coordena a ação da equipe de enfermagem na execução dos cuidados adequados ao atendimento das necessidades humanas básicas e específicas do ser humano.

Os cuidados de enfermagem identificados como necessários, de acordo com o planejamento de enfermagem, são refletidos em forma de prescrição de enfermagem. Esta prescrição é feita por escrito, para divulgação entre os membros da equipe de enfermagem (HORTA, 1979).

A prescrição das ações de enfermagem deve ser desenvolvida para a orientação da equipe que executará as ações. Dentre as ações privativas do Enfermeiro, estão o planejamento, organização, coordenação, execução e avaliação dos serviços de assistência de enfermagem e a prescrição da assistência de enfermagem (COFEN, 2013).

Evolução de enfermagem

A evolução de enfermagem, como ação privativa do profissional enfermeiro, é considerada como registro após o acompanhamento e avaliação do estado geral do paciente. Este registro deve ser realizado de forma sistemática e dinâmica devendo constar os problemas novos identificados, um resumo sucinto dos resultados dos cuidados prescritos pelo enfermeiro à equipe de enfermagem e os problemas a serem abordados nas 24 horas subsequentes. A avaliação de enfermagem consiste na ação de acompanhar as respostas do cliente – paciente, aos cuidados prescritos pelo enfermeiro, por meio de anotações no prontuário ou nos locais próprios, da observação direta da resposta do cliente à terapia proposta, bem como o relato do cliente (TANNURE, GONÇALVES, 2008).

Para Horta (1979), a evolução de enfermagem é o relato diário ou periódico das mudanças sucessivas que ocorrem no ser humano enquanto estiver sob assistência profissional, ou seja, uma avaliação global do plano de cuidados.

A evolução de enfermagem é realizada durante a execução do exame

físico diário por parte do enfermeiro. Os dados são registrados no impresso de evolução de enfermagem, e após a coleta de informações (TANNURE, GONÇALVES, 2008).

Carpenito (1999) ressalta que o profissional enfermeiro é responsável pela avaliação diária do estado e da evolução do cliente a fim de que se alcancem os resultados. Ao avaliar a assistência prestada, o enfermeiro deve verificar o que foi feito, a fim de que se possam desenvolver as melhores estratégias a serem adotadas para auxiliar o indivíduo que estará recebendo a ação, ou seja, o cuidado.

2.7 TONTURA E DOENÇAS VESTIBULARES

Tontura é a sensação de perturbação do equilíbrio corporal e o principal sintoma das vestibulopatias ou doenças vestibulares. Pode ser definida como uma percepção errônea, uma ilusão ou alucinação de movimento, uma sensação de desorientação espacial do tipo rotatório (vertigem) ou não rotatório (instabilidade, desequilíbrio, flutuação, oscilação, oscilopsia) (GANANÇA et al., 2006).

De acordo com Ganança e Caovilla (1991), a tontura não é uma doença e sim um sintoma decorrente principalmente de alterações primárias ou secundárias do sistema vestibular, embora também possam ser de origem não vestibular. São mais comuns em idosos e acometem predominantemente as mulheres.

A avaliação da vertigem e outros tipos de tontura devem ser realizados detalhadamente através da coleta de informações sobre este e outros sintomas concomitantes, antecedentes pessoais e familiares, hábitos alimentares, medicações, hábitos e estilo de vida. Na vertigem e outras tonturas podem estar envolvidos diversos sistemas e diferentes síndromes, dentre elas as doenças vestibulares (KANASHIRO et al., 2005; PAVAN, 2010).

Bertol e Rodriguez (2008) apontaram que, ao avaliar um paciente que refere tontura, vertigem ou mesmo labirintite, o profissional deve primeiramente investigar qual o entendimento que o paciente tem sobre tontura e esclarecer a queixa principal.

O Sistema Vestibular é um dos elementos de fundamental importância para a manutenção do equilíbrio corporal. É considerado como referencial em relação aos outros sistemas que também participam do equilíbrio corporal: Sistema Visual e o Somato-Sensitivo, informando ao SNC sobre a posição e movimentos da cabeça (RIBEIRO; PEREIRA, 2005).

As disfunções vestibulares caracterizam-se pela ação descoordenada do sistema vestibular, sendo então percebidas através da sintomatologia apresentada pelos doentes, tais como vertigem e outros tipos de tontura, alterações do equilíbrio corporal como distúrbios de marcha e queda ocasionais, e que podem ser acompanhados de manifestações neurovegetativas (náusea, vômito, palidez, taquicardia, mal estar) e sintomas auditivos (perda auditiva, zumbido, intolerância a sons intensos, distorção sonora) (GANANÇA, CAOVILLA 1998; KANASHIRO *et al.*, 2005; GAZZOLA *et al.*, 2006).

O equilíbrio corporal é considerado uma função sensório motora que tem como objetivo a estabilização do campo visual, manutenção da postura por meio de sensores presentes no sistema vestibular, visual e proprioceptivo. As informações dos três sistemas bem como o processamento do Sistema Nervoso Central (SNC) faz com que o indivíduo tenha estabilidade e manutenção do equilíbrio corporal (MANTELLO *et al.*, 2005; RICCI *et al.*, 2010).

A integração destas informações sensoriais pelo SNC desencadeia dentre outros, o Reflexo Vestíbulo Ocular (RVO) e o Reflexo Vestíbulo Espinhal (RVE), que atuam na estabilização da imagem na retina e na manutenção da postura durante a movimentação corporal e cefálica. Na ocorrência de conflito na integração das informações sensoriais, especialmente por qualquer disfunção vestibular, haverá desencadeamento de sinais e sintomas de perturbação do equilíbrio corporal (RICCI *et al.*, 2010).

De acordo com Ganança (1999), as doenças que acometem o Sistema Vestibular são denominadas vestibulopatias, sendo classificadas em periféricas ou centrais. As periféricas correspondem aos distúrbios decorrentes do comprometimento do sistema vestibular periférico, do órgão e do nervo vestibular até a sua entrada no tronco encefálico, não incluindo, portanto, os núcleos vestibulares no assoalho do IV ventrículo. As vestibulopatias são

consideradas centrais quando envolvem os núcleos vestibulares e conexões com o sistema nervoso central e por esse motivo são comumente acompanhadas por sinais de comprometimento neurológico central. A labirintopatia é um termo utilizado para designar uma afecção do ouvido interno, ou que pode ser dita como doença do labirinto (GANANÇA, 1999).

Labirintite é um termo utilizado por médicos para designar uma inflamação no labirinto. É comum que um indivíduo com queixas de vertigem ou outros tipos de tontura diga simplesmente que está com labirintite, sendo este termo utilizado por boa parte dos médicos que aceitam a labirintite como queixa principal do paciente, sem que haja os devidos questionamentos e esclarecimentos ao paciente (BERTOL; RODRIGUEZ, 2008).

As vestibulopatias são doenças que podem atingir qualquer indivíduo: criança, adolescente, adulto e idoso, independente de sexo e raça (MATOS; GOMES; SASAZAKI, 2010).

Ganância e Fukuda (1995) afirmaram que cerca de 10% da população mundial apresentam alterações do equilíbrio corporal. Em 85% destes casos, estes sintomas são decorrentes de disfunções vestibulares e quando associados a sintomas auditivos, como a hipoacusia, zumbido, sensibilidade a sons, dificuldade de inteligibilidade vocal dentre outros, constituem a principal queixa em mais de 40% dos indivíduos com idade superior a 40 anos.

2. 8 TONTURA E DOENÇAS VESTIBULARES NOS IDOSOS

As tonturas são sintomas extremamente frequentes em todo o mundo, ocorrendo em todas as faixas etárias, principalmente em adultos e idosos. Até os 65 anos de idade, a tontura é considerada o segundo sintoma de maior prevalência mundial. Após esta idade, é considerado o sintoma mais comum. Em indivíduos com idade superior a 75 anos, estima-se que a prevalência é de aproximadamente 80% (RUWER, 2005).

A vertigem e os outros tipos de tonturas provenientes das disfunções vestibulares atingem de 5 a 10% da população mundial, sendo que estes sintomas são mais comuns após os 65 anos e atingem 80% dos idosos que são atendidos nos ambulatórios de geriatria (RICCI, 2010).

A avaliação do idoso com tontura é um desafio, devido à grande quantidade de possibilidades diagnósticas. Diversas enfermidades têm sido relacionadas como potenciais causadores de tonturas (OLIVEIRA; PEREIRA; SILVA, 2010).

As doenças vestibulares mais comuns entre os idosos são Vertigem Posicional Paroxística Benigna (VPPB), ototoxicoses, doença de Ménière, labirintopatias vasculares e metabólicas, presbivertigem, neurite vestibular, trauma labiríntico, síndrome cervical, migrânea vestibular, doenças autoimunes, schwannoma vestibular e insuficiência vértebro basilar (SANTANA *et al.*, 2011).

Para que o paciente com tontura possa ser atendido de forma eficiente, é necessário que o profissional realize a anamnese de forma minuciosa. A avaliação de um idoso com tontura é ainda mais desafiante devido à grande quantidade de possibilidades diagnósticas. Mais de 60 enfermidades têm sido relacionadas na literatura médica como potenciais causadoras de tontura, que podem representar a queixa principal do paciente ou um importante e frequente sintoma incapacitante (OLIVEIRA; PEREIRA; SILVA, 2010).

As consequências das vestibulopatias nos idosos são diversas. Entre elas, restrição das atividades de vida diária, limitação, perda da autonomia e comprometimento da qualidade de vida (GAZZOLA *et al.*, 2006).

No idoso a tontura representa mais um fator que aumenta a restrição física dos indivíduos, podendo levar à ocorrência de quedas e gerar medo e insegurança no desempenho de suas Atividades de Vida Diária (AVD).

O paciente idoso mais frequentemente tem redução da acuidade visual, diminuição da propriocepção devida às alterações neurais periféricas e anormalidades no sistema vestibular (GANANÇA *et al.*, 2006). Quando esses fatores estiverem somados, o paciente terá incapacidade significativa. Conseqüentemente poderá haver quedas e fraturas, especialmente quando associados também a distúrbios cerebrovasculares, cardíacos, musculares e da marcha, além do uso de medicamentos que produzem efeitos colaterais potencialmente significativos (CAVALCANTE, AGUIAR, GURGEL, 2012).

Uma das principais complicações dos distúrbios do equilíbrio em idosos são as quedas. As quedas são consideradas como uma das consequências mais graves do envelhecimento e são reconhecidas como importante problema de saúde pública (RIBEIRO *et al.*, 2008).

A queda é definida como um evento não-intencional que tem como resultado a mudança de posição do indivíduo para um nível inferior em relação a sua posição inicial, sem que tenha havido um fator intrínseco determinante, como um acidente vascular cerebral ou síncope, ou um acidente inevitável (GANANÇA *et al.*, 2006).

A origem da queda pode ser associada a fatores intrínsecos, decorrentes de alterações fisiológicas, orgânicas do envelhecimento, doenças e efeitos de medicamentos, e a fatores extrínsecos, circunstâncias sociais e ambientais que oferecem desafios ao idoso (RIBEIRO *et al.*, 2008).

A fratura de quadril é o tipo mais severo dentre os tipos de lesões ósseas provocadas por quedas ou acidentes, sendo caracterizada por elevada taxa de morbimortalidade em indivíduos idosos (SANTOS; APRILE; RASO, 2012).

As quedas apresentam diversas consequências na vida de um idoso, que podem incluir morbidade importante, mortalidade, deterioração funcional, hospitalização, institucionalização e consumo de serviços sociais e de saúde.

Além das consequências diretas da queda, os idosos restringem suas atividades devido a dores, incapacidades, medo de cair, atitudes protetoras de familiares e cuidadores ou até mesmo por aconselhamento de profissionais de saúde (MARIN *et al.*, 2004).

Aproximadamente 30% dos indivíduos com mais de 65 anos de idade caem ao menos uma vez por ano, dos quais a metade de forma recorrente (MAIA *et al.*, 2011).

Pessoas de todas as idades apresentam risco de sofrer queda. Porém, para os idosos, elas possuem um significado muito relevante, pois podem levá-lo à incapacidade, colocando este em um processo de “acamamento” exigindo muito do cuidador e da família podendo levar o idoso inclusive à morte.

O processo de cuidar do idoso que sofreu queda envolve toda equipe da ESF que irá assisti-lo, inclusive em seu domicílio, através das visitas domiciliares. Seu custo social é imenso e se torna maior quando o idoso tem diminuição da autonomia e da independência ou passa a necessitar de institucionalização (MAIA *et al.*, 2011).

2.9 ABORDAGEM DO IDOSO NA ESF

No final do século XX e início do século XXI, a sociedade mundial depara-se com uma configuração sócio-etária: o envelhecimento populacional. A Organização das Nações Unidas (ONU) estipulou de 1975 a 2025 como a Era do Envelhecimento (LEITE *et al*, 2007).

O Brasil vive um fenômeno batizado de “envelhecimento expresso”. A velocidade com que estamos alcançando a longevidade é tanta que a população de idosos dobrou no Brasil em 20 anos (GONTIJO, 2011).

Atualmente, existem no Brasil cerca de 21 milhões de pessoas com idade igual ou superior a 60 anos, o que representa, aproximadamente, 11% do total da população, de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Estimativas da OMS apontam que de 1950 a 2025 a quantidade de idosos no País aumentará 15 vezes. Com isso, o Brasil ocupará o sexto lugar no total de idosos, alcançando, em 2025, aproximadamente 32 milhões de pessoas com 60 anos ou mais de idade (IBGE, 2009).

A expectativa de vida e a população de idosos no Brasil vêm aumentando consideravelmente nas últimas décadas. Como consequência desta realidade, torna-se necessário que estruturas e serviços de saúde sejam modificados para atender essa nova demanda.

A saúde da pessoa idosa é uma das prioridades do Pacto pela Vida do SUS de 2006. Trata-se de um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Um dos objetivos do Pacto pela Vida é garantir atenção integral à saúde da população idosa com ênfase no envelhecimento ativo e na qualidade de vida (GONTIJO, 2011).

A Saúde do Idoso também é uma das prioridades e um dos principais programas desenvolvidos na Atenção Básica. A ESF busca a execução das diretrizes da Política Nacional de Saúde do Idoso (PNSI) entre elas: promoção do envelhecimento ativo e saudável, manutenção e recuperação da capacidade funcional, atenção integral à saúde da pessoa idosa, implementação de

serviços de atenção domiciliar, provimento de recursos capazes de assegurar qualidade de atenção à saúde da pessoa idosa (BRASIL, 2006).

O aumento da população idosa, que vem ocorrendo de forma rápida e progressiva, exige que os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros, estejam capacitados para atender as especificidades desta etapa da vida, proporcionando não somente assistência, mas também atenção a este grupo etário de acordo com um modelo preventivo (SILVA; FUREGATO; JÚNIOR,, 2003).

A ESF deve ser o principal vínculo do sistema de saúde com o idoso e os profissionais de saúde devem atuar visando à manutenção do estado de saúde do idoso, com o máximo de independência funcional e autonomia possível, além de atuar nos principais agravos à saúde do idoso (SILVESTRE; NETO, 2003).

Um dos grandes desafios na atenção à pessoa idosa é conseguir contribuir para que possa redescobrir possibilidades de viver sua vida com qualidade, autonomia e independência, proporcionando assim a realização das AVDs. Essas possibilidades aumentam à medida que a sociedade, família e profissionais da saúde conseguem reconhecer as potencialidades e o valor desses indivíduos (PINHO *et al.*, 2012).

Identificar a problemática associada às tonturas e suas consequências entre as pessoas idosas constitui uma temática relevante para a promoção da saúde e bem-estar dos idosos.

Os profissionais que atuam na ESF devem estar capacitados para reconhecer e orientar os idosos que apresentem tontura, sempre em parceria com o idoso e membros de sua família. É necessário haver uma abordagem multiprofissional, onde todos os membros da equipe estejam envolvidos na realização das ações planejadas, cada um segundo a sua especialidade.

A abordagem do idoso com tontura deve incluir uma avaliação ampla e integral, iniciando por uma anamnese bem detalhada, com um exame físico minucioso buscando as causas deste sintoma e suas possíveis consequências como as quedas. Se houver história de queda, é importante identificar o episódio (primeira, segunda queda, etc) e em quais circunstâncias ocorreram as outras quedas (GAWRYSZEWSKI, 2010).

2.10 ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO EM RELAÇÃO A IDOSOS COM VESTIBULOPATIAS NA ESF

O enfermeiro, atuando de forma interdisciplinar e contínua na promoção, proteção e recuperação da saúde da população atendida pela ESF, tem papel fundamental no processo saúde-doença dos idosos. Em relação aos idosos com tontura e vestibulopatia, sua atuação é importante em diversos aspectos. Em primeiro lugar, no conhecimento da realidade dos idosos adscritos em sua área geográfica de atuação e na busca ativa de casos. Sua atuação é relevante na identificação precoce dos sintomas, auxiliando, desta forma, no processo diagnóstico e na implementação correta do tratamento. Além disso, o enfermeiro tem papel fundamental na orientação e educação desta população quanto às conseqüências dos sintomas das vestibulopatias, principalmente das tonturas. Desta forma, estará contribuindo para a manutenção da independência, funcionalidade e qualidade de vida do idoso (MARIN, 2004; MORAIS JUNIOR, 2011).

Uma das atuações do enfermeiro em relação às conseqüências da tontura e vestibulopatia diz respeito às quedas, podendo atuar na sua prevenção. A prevenção de quedas em idosos exige a co-responsabilidade de todos os envolvidos: cuidadores, familiares e profissionais de saúde. A prevenção de quedas pode ser dividida em Prevenção Primária e Prevenção Secundária. A Prevenção primária diz respeito ao incentivo à atividade física, nutrição adequada, avaliação de riscos domésticos, revisão periódica da medicação buscando eliminar a que favorece as quedas, entre outras. A Prevenção secundária inclui identificação dos fatores que aumentam os riscos em pessoas que já sofreram quedas (FABRICIO, 2004; PRADO, 2001).

O risco para quedas em idosos é uma situação que demanda intervenções de enfermagem, sendo que na ESF esta intervenção deverá ser desenvolvida em abordagem multiprofissional. A partir de um diagnóstico situacional amplo e integral das pessoas idosas sujeitas a quedas ou que caíram, a equipe de saúde deve implementar ações visando prevenção, a diminuição ou mesmo supressão da ocorrência do fenômeno.

A atuação dos profissionais na ESF envolve execução de medidas específicas como a identificação e intervenção nos fatores intrínsecos e extrínsecos que desencadeiam quedas. Um dos importantes fatores de risco intrínseco para as quedas em idosos são as doenças vestibulares.

Apesar da importância da atuação do enfermeiro em relação às vestibulopatias em idosos na ESF, pouco se sabe sobre sua capacitação para esta tarefa e para lidar com as conseqüências destes quadros, como as quedas. Estudo realizado em nosso meio por Moraes Júnior (2011) com o objetivo de avaliar o conhecimento do enfermeiro sobre as doenças vestibulares indicou que há importantes lacunas neste conhecimento. Por outro lado, este autor demonstrou que a experiência profissional ajuda os enfermeiros a desenvolver certas habilidades e conhecimentos sobre estas doenças e seu tratamento, compensando parcialmente a escassez de conhecimentos sobre este tema obtidos durante a graduação.

3. OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

Desenvolvimento de instrumentos direcionados a enfermeiros para assistência do paciente idoso com tontura atendido na ESF.

3.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

Elaboração de folder informativo aos profissionais enfermeiros como instrumento direcionador da assistência.

Elaboração de um instrumento de levantamento de dados para a SAE para atendimento do paciente idoso com tontura

4. MÉTODO

A elaboração deste estudo baseou-se em revisão de literatura para desenvolvimento de um folder educativo e um instrumento de levantamento de dados para SAE e instrumentar o enfermeiro no atendimento do paciente idoso com tontura na ESF de forma sistematizada.

Foram selecionados textos dos últimos dezesseis anos (1997 a 2013), sendo que apenas um artigo anterior a este período foi utilizado por ser relevante para este trabalho.

A proposta de desenvolvimento da SAE e do folder educativo foi elaborada a partir da experiência do atendimento de enfermagem aos pacientes idosos com tontura de origem vestibular no Laboratório do Programa de Mestrado em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social da Universidade Bandeirante de São Paulo, localizado na Rua Maria Cândida, nº 1813, São Paulo no período de Fevereiro a Agosto de 2012. Grande parte dos pacientes atendidos relatava que eram assistidos por uma equipe da ESF, porém, questões relativas a tonturas e quedas não eram abordadas diretamente neste atendimento.

O roteiro para elaboração do folder poderá ser utilizado por profissionais da área da saúde e também por pacientes. Baseou-se da revisão da literatura e nos resultados obtidos no estudo de Moraes Júnior (2011), que avaliou o conhecimento dos enfermeiros sobre as doenças vestibulares e que indicou as principais lacunas neste conhecimento. O folder contém perguntas e respostas coletadas junto a três profissionais: um enfermeiro Mestre em Reabilitação do Equilíbrio Corporal e Inclusão Social, um médico otorrinolaringologia Doutor em Ciências e uma psicóloga Doutora em Ciências.

Para realização do folder educativo (Apêndice 1), foram elaboradas questões voltadas para o sintoma da tontura, as doenças vestibulares e a atuação profissional do enfermeiro.

Para elaboração da SAE (Apêndice 2), foram elaboradas questões gerais (nome, sexo, ocupação, idade, religião, hábitos diários, situação habitacional, atividades físicas e de lazer, dentre outros) e questões específicas relacionadas à tontura, doenças vestibulares e quedas.

A proposta da SAE foi pensada e desenvolvida com o objetivo de facilitar e maximizar a dinâmica de atuação do profissional enfermeiro frente ao paciente idoso com tontura assistido na ESF.

5. RESULTADOS

O resultado deste estudo é a produção de dois produtos. O primeiro é um Folder informativo sobre tontura e doenças vestibulares, que poderá ser utilizado como consulta rápida pelo profissional enfermeiro atuante na ESF. O segundo produto é uma proposta questionário para a SAE, como instrumento norteador ao profissional enfermeiro na assistência do paciente idoso com tontura atendido na ESF.

O Folder procura fornecer informações científicas relevantes e atualizadas na forma de perguntas e respostas. As questões incluídas no Folder foram às seguintes:

- O que é Tontura?
- Quais são as principais causas da Tontura?
- O que são doenças vestibulares?
- Quais são os sinais e sintomas das doenças vestibulares?
- De que forma é realizado o diagnóstico das doenças vestibulares?
- Quais são as formas de tratamento dos pacientes com tontura e doenças vestibulares?
- Quais são as consequências da Tontura?
- Atuação do enfermeiro no atendimento ao idoso com tontura.

O questionário para a SAE tem como objetivo possibilitar ao enfermeiro obter um conjunto de informações relevantes sobre o indivíduo, suas atividades, queixas e assim de forma humanizada melhor acolher este indivíduo, não somente no âmbito da unidade de saúde como também estender estas ações ao domicílio do paciente. A partir desta SAE, não somente a equipe de enfermagem, mas toda a equipe multiprofissional poderá auxiliar este indivíduo em suas necessidades humanas básicas, que podem ter sido afetadas em decorrência da tontura.

Na SAE foram abordadas questões sobre:

1. Identificação do paciente;
2. Anamnese Clínica;
3. Exame Físico;
4. Sistema Neurológico;

5. Acuidade visual;
6. Sistema cardiovascular;
7. Situação habitacional;
8. Atividades físicas.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A qualidade da atenção à saúde exige profissionais capacitados. Os novos enfoques teóricos e de produção tecnológica no campo da Saúde passam a exigir novos perfis profissionais.

É de suma importância que o profissional enfermeiro que atua na ESF tenha uma educação permanente, pois estará mais preparado para lidar com situações e problemas que irão exigir dele uma visão holística, voltada para prevenção.

É relevante para o enfermeiro que atue na ESF, possa ter acesso a conhecimentos atualizados sobre tonturas e doenças vestibulares que afetam os idosos. Desta forma, este profissional poderá estar mais capacitado a atuar na promoção, prevenção e recuperação de saúde destes indivíduos, de forma interdisciplinar, minimizando a probabilidade de este paciente sofrer diminuição da qualidade de vida e quedas.

Uma das formas de atingir este objetivo é a produção e divulgação junto a estes profissionais de material educativo que forneça, de forma ágil e dinâmica, conteúdos apropriados para este fim e de uma SAE que possa orientar esse atendimento.

Pretende-se que o material produzido seja divulgado da forma mais ampla possível. Intenciona-se distribuir o folder e a SAE em unidades da ESF.

Novos estudos são necessários para verificar o impacto deste tipo de material na prática dos enfermeiros e no atendimento ao idoso com tontura na ESF.

REFERÊNCIAS

ARAÚJO, M. de F. de; OLIVEIRA, F. M. C de. A atuação do enfermeiro na equipe de saúde da família e a satisfação profissional. **Revista Eletrônica de Ciências Sociais**, Paraíba, n. 14, p. 3-14, 2009.

BARROS, A. L. B. L; LOPES, J. L. A legislação e a sistematização da assistência de enfermagem. **Enfermagem em Foco**, São Paulo, v. 1, n. 2, p. 63-65, 2010.

BARRA, D. C. C; SASSO TMD. Padrões de dados, terminologias e sistemas de classificação para o cuidado em saúde e enfermagem. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 6, p. 1141-1149, 2011.

BERTOL, E; RODRIGUEZ, C. A. Da tontura à vertigem: uma proposta para o manejo do paciente vertiginoso na atenção primária. **Revista Atenção Primária da Saúde**, v. 11, n. 1, p. 62- 73, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da família: uma estratégia para a reorganização do modelo assistencial**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

_____. Ministério da Saúde. **Sistema único de saúde (SUS): princípios e conquistas**. Secretaria Executiva – Brasília: Ministério da Saúde, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política nacional de atenção básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRETAS, A. C; OLIVEIRA, E. M. Interseções entre áreas de conhecimento da gerontologia da saúde e do trabalho: questões para reflexão. **Saúde e sociedade**, v. 8, n. 2, p. 59-82, 1999.

CARPENITO, L. J. **Planos de cuidados de enfermagem**. Porto Alegre: Art Med, 1999.

CAVALCANTE, A. L. P; AGUIAR, J. B; GURGEL, L. A. Fatores associados a quedas em idosos residentes em um bairro de Fortaleza. **Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução 272/2002**. Disponível em: <http://site.portalcofen.gov.br/node/4309>. Acesso em 20 mar. 2013. Disponível em: <http://www.bve.org.br/portal/materis.asp?ArticleID=1256&SectionID=194&SubSectionID=194&SectionParentID=189>.

COSTA, M. B. S; SALAZAR P. E. L. Gestão das Mudanças no Sistema de Saúde Pública. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 487-494, 2007.

DIAS, H. P. **Direitos e obrigações em saúde**. Brasília: ANVISA, 2002.

FABRICIO, S. C. C; RODRIGUES, R. A. P; JUNIOR, M. L. C. Causas e consequências de quedas de idosos atendidos em hospital público. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 38, n. 1, 2004.

FARIAS, F. A. C. **Sistematização da assistência de enfermagem**: como os enfermeiros percebem o histórico e o diagnóstico. São Paulo: Escola de enfermagem - Universidade de São Paulo, 1997.

GANANÇA, M. M; CAOVILO, H. H. **Desequilíbrio e Reequilíbrio**. In: GANANÇA, M. M. Vertigem tem cura? São Paulo: Lemos, 1998. P. 13-19.

GANANÇA, F. F; GAZZOLA, J. M; ARATANI, M. C; PERRACINI, M. R; GANANÇA, M. M. Circunstâncias e consequências de quedas em idoso com vestibulopatia crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 3, p. 388-393, 2006.

GARCIA, T. R; NÓBREGA, M. M. L. Contribuição das teorias de enfermagem para a construção do conhecimento da área. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília (DF), v. 57, n. 2, p. 228-232, mar./abr., 2004.

GAZZOLA, J. M; PERRACINE, M. R; GANANÇA, M. M; GANANÇA, F. F. Fatores associados ao equilíbrio funcional em idosos com disfunção vestibular crônica. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 72, n. 5, p. 683-690, 2006.

GAWRYSZEWSKI, V. P. A importância das quedas no mesmo nível entre idosos no Estado de São Paulo. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 56, n. 2, p. 162-167, 2010.

GONTIJO, K. C. P. **Proposta de intervenção na prevenção de quedas dos idosos no ambiente domiciliar**. Trabalho de conclusão de curso da Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG), 2011.

HORTA, W. A. **Processo de Enfermagem**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1979.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (BRASIL). **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil**. 2009.

JESUS, M. C. P. et. al. O discurso do enfermeiro sobre a prática educativa no Programa Saúde da Família em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Revista Atenção Primária em Saúde**, v. 11, n. 1, p. 54-61, 2008.

JONAS, L. T; RODRIGUES, H. C; RESCK, Z. M. R. A Função gerencial do enfermeiro na Estratégia Saúde da Família: limites e possibilidades. **Revista Atenção Primária em Saúde**, v. 14, n. 1, p. 28-38, 2011.

KANASHIRO, A. M. K. et al., Diagnóstico e tratamento das principais síndromes vestibulares. **Arquivos de Neuropsiquiatria**, v. 63, n. 1, p. 140-144, 2005.

LEITE, M. T. et al. Doenças sexualmente transmissíveis e HIV/AIDS na opinião de idosos que participam de grupos de terceira idade. **Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 3, p. 120-144, 2007.

MARIN, M. J. S. et al. Identificando os Fatores Relacionados aos Diagnósticos de Enfermagem “Riscos de Quedas” entre Idosos. **Revista Brasileira de Enfermagem**. (DF), v. 57, n. 5, p. 560-564, 2004.

MANTELLLO, E. B. et al. A vertigem postural paroxística benigna tratada pela reabilitação vestibular – Estudo de caso. **Fono Atual**, v. 8, n. 33, p. 54-58, jul./set. 2005.

MATOS, V. S. B; GOMES, F. S; SASAZAKI, A. C. Aplicabilidade da reabilitação vestibular nas disfunções vestibulares agudas. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, v. 2, n. 1, p. 76-83, 2010.

MORAIS JÚNIOR, S. L. A. **O conhecimento dos enfermeiros sobre as doenças vestibulares**. Dissertação apresentada à Universidade Bandeirante de São Paulo (UNIBAN), 2011.

NEVES, R. S; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n.2, p. 222-229, mar./abr., 2010.

OLIVEIRA, C. M; PEREIRA, C. M; SILVA, K. A. F. Frequência de Quedas e a Incidência de Vertigem em Idosos. **Revista Eletrônica Saúde**. Centro de Ensino Superior de Catalão (CESUC), n. 1, 2010.

PAVAN, K. ET AL. Reabilitação vestibular em pacientes neurológicos. **Med Reabil**, v. 29, n. 2, p. 31-36, maio/ago. 2010.

PRADO, M. L. Epidemiologia: instrumento do processo de trabalho do enfermeiro. **Revista da Escola de Enfermagem USP**, v. 28, n. 2, p. 234-241, 2001.

RIBEIRO, A. P. et al. A influência das quedas na qualidade de vida dos idosos. **Ciência e saúde coletiva**, v. 13, n. 4, p. 1265-1273, 2008.

RIBEIRO, A. S. B; PEREIRA, J. S. Melhora do equilíbrio e redução da possibilidade de queda em idosos após os exercícios de Cawthorne e Cooksey. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, v. 71, n. 1, p. 38-46, jan/fev 2005.

RICCI, N. A; ARATANI, M. C; DONÁ, F; MACEDO, C; CAOVILO, H. H; GANANÇA, F. F. Revisão sistemática sobre os efeitos da reabilitação vestibular em adultos de meia idade e idosos. **Revista Brasileira de Fisioterapia**, v. 5, n. 14, p. 361-371, 2010.

RUWER, S. L; ROSSI, A. G; SIMON, L. F. Equilíbrio no Idoso. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.71 n. 3, may/june, 2005.

SANTANA, G. S; DONÁ, F; GANANÇA, M. M; KASSE, C. A. Vestibulopatia no Idoso. **Saúde Coletiva**, v. 48, n. 8, p. 52-56, 2011.

SANTOS, E. F; APRILE, M. R; RASO, V. Fundamentos em fratura de quadril. **Revista Equilíbrio Corporal e Saúde**, 2012.

SANTOS, S. M. dos R. et al. A consulta de Enfermagem no contexto da atenção básica. **Texto e Contexto na Enfermagem**. Florianópolis, v. 1, n. 17, p. 124-130, 2008

SCHIMIDT, P. M. S. et al. Queixas auditivas e vestibulares durante a gestação. **Brazilian Journal of Otorhinolaryngology**. v. 7.6, n. 1, p. 29-33, jan./fev. 2010.

SILVA, M. C. F; FUREGATO, A. R. F; JÚNIOR, M. L. C. Depressão: pontos de vista e conhecimento de enfermeiros da rede básica de saúde. **Rev. Latino Americana de Enfermagem**, v. 11, n. 1, p. 7-13, jan./fev. 2003.

TANNURE, M. C. O **Processo de enfermagem**. In: TANNURE, M. C; GONÇALVES, A. M. P. Sistematização da assistência de enfermagem: guia prático. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008

VIANA, A. L. D; POZ, M. R. D. **A Reforma do Sistema de Saúde no Brasil e o Programa de Saúde da Família**. Rio de Janeiro, 15 (Suplemento), p. 225-264, 2005.

APÊNDICE 1

FOLDER

APÊNDICE 2

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM (SAE) DIRECIONADA A IDOSOS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA

IDENTIFICAÇÃO

Nome: _____	Idade: _____
Sexo: _____	Estado Civil: _____
Nacionalidade: _____	Naturalidade: _____
Ocupação: _____	
Religião: _____	

ANAMNESE CLINICA

Queixa
Principal: _____

História passada de: HAS DM Acidente Vascular Cerebral Trauma Cranioencefalico Meningite Convulsão
outras: _____
Tabagismo: Sim Não Quantos cigarros/dia: _____
Faz uso de bebida alcoólica: Sim Não
Consumo: _____
Sono e repouso: _____

Hábitos alimentares (Doces, chocolate, café) _____

Ingesta hídrica: _____

Antecedentes Familiares:

Caminha com dificuldade? Sim Não

Obs: _____

Caminha com ajuda: de uma pessoa de duas pessoas de um andador
de muletas ou bengalas

Já teve episódios de tontura? Sim Não Qual frequência no último
ano? _____

Sintomas neurovegetativos associados? Náusea Vômito Sudorese
Taquicardia palidez

Já teve queda em decorrência da tontura? Sim Não

Obs: _____

História de queda(s) nos últimos 12 meses:

Quantas vezes? _____

Fraturas? (onde) _____

Local da queda? _____

Por que caiu? _____

Tem medo de novas quedas? _____

Obs: _____

Medicamentos em uso no domicílio:

Medicamentos previamente suspensos:

Motivo da suspensão: _____

EXAME FÍSICO

GERAL:

- *Peso:* _____ *Kg* *Altura:* _____ *IMC:* _____

- Mucosas: Normais Desidratadas Ictéricas
Hipocoradas

- Edema: Ausente Presente: _____

- Pele: Perusão Periférica Presente Ausente

NEUROLÓGICO:

- Grau de consciência:

Orientado Confuso Sonolência Torpor Estupor

- Motricidade: normal alterada - Local: _____

- Coordenação: : normal alterada - Local: _____

- Sensibilidade: : normal alterada - Local: _____

ACUIDADE VISUAL: Sem alterações Diminuída Utiliza óculos Utiliza lente

- Fala e Linguagem:	Normal	Anormal: _____	
ACUIDADE AUDITIVA:	Sem alterações	Diminuída	Faz uso de aparelho auditivo
Zumbido?	Sim	Não	
CARDIOVASCULAR:			
- Sinais Vitais:			
• Pressão Arterial: MSD:	_____ x _____	MSE:	_____ x _____
Deitado:	_____ x _____	Sentado:	_____ x _____
• Pulso:	Rítmico	Arrítmico	Freqüência:
_____ bpm			

SITUAÇÃO HABITACIONAL

Com quem reside? _____
Tipo de moradia: Casa Sobrado Apartamento Cortiço Barraco Outro _____
Cômodos números de: Quartos Salas Banheiros Cozinha
Na residência possui escadas? Sim Não Que tipo? _____
Condições de pavimentação pública: Presente Ausente