

Especialização Multiprofissional em
Saúde da Família



Eixo III – A Assistência na Atenção Básica
Atenção Integral à Saúde do Adulto
Enfermagem
2ª Edição



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República

Ministro da Saúde

Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)

Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)

Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde

Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Pesquisa Jamil Assereuy Filho

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretora Kenya Schmidt Reibnitz

Vice-Diretor Arício Treitinger

DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA

Chefe do Departamento Antonio Fernando Boing

Subchefe do Departamento Sérgio Fernando Torres de Freitas

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

COMITÊ GESTOR

Coordenadora do Curso Elza Berger Salema Coelho

Coordenadora Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora Executiva Rosângela Leonor Goulart

Coordenadora Interinstitucional Sheila Rubia Lindner

Coordenador de Tutoria Antonio Fernando Boing

EQUIPE EAD

Alexandra Crispim Boing

Antonio Fernando Boing

Eleonora Milano Falcão Vieira

Marialice de Mores

Sheila Rubia Lindner

1ª EDIÇÃO - AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior

Fernanda Lazzari Freitas

Flávia Regina Souza Ramos

Heitor Tognoli

Lúcia Nazareth Amante

Luiz Roberto Agea Cutolo

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

2ª EDIÇÃO ADAPTADA - AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior

Fernanda Lazzari Freitas

Flávia Regina Souza Ramos

Heitor Tognoli

Lúcia Nazareth Amante

Luiz Roberto Agea Cutolo

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Atenção Integral à Saúde do Adulto Enfermagem

2ª edição

Eixo III

A Assistência na Atenção Básica

Florianópolis
UFSC
2012

© 2012 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:

Universidade Federal de Santa Catarina

Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

Disponível em: www.unasus.ufsc.br.

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

U588a Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde.
Curso de Especialização Multiprofissional em Saúde da Família.

Atenção integral à saúde do adulto: enfermagem [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina; Calvino Reibnitz Júnior; Fernanda Lazzari Freitas; Flávia Regina Souza Ramos. 2. ed. – Florianópolis : Universidade Federal de Santa Catarina, 2012.

121 p. (Eixo 3 – A Assistência na Atenção Básica).

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo do módulo: Introdução. – Atenção Integral aos Usuários com Doenças Crônicas não Transmissíveis. – Usuário com Doenças Transmissíveis. – Obesidade e Transtornos Alimentares. – Saúde do Trabalhador. - Experiências Exitosas do Trabalho Interdisciplinar na Atenção Básica em Saúde do Adulto Primária.

ISBN: 978-85-8267-013-2

1. Saúde do adulto. 2. Doenças transmissíveis. 3. Enfermagem de atenção básica. 4. Doença crônica. I. UFSC. II. Reibnitz Júnior, Calvino. III. Freitas, Fernanda Lazzari. IV. Ramos, Flávia Regina Souza. V. Título. VI. Série.

CDU: 613.97

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenação Geral da Equipe: Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

Coordenação de Produção: Giovana Schuelter

Design Instrucional: Soraya Medeiros Falqueiro

Revisão Textual: Maria Geralda Soprana Dias, Flávia Goulart

Design Gráfico: Fabrício Sawczen

Ilustrações: Rafaella Volkmann Paschoal

Design de Capa: Rafaella Volkmann Paschoal

SUMÁRIO

UNIDADE 1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO	12
1.1 Atividades de grupo para a população adulta.....	14
1.2 Atividades de sala de espera.....	15
1.3 Visita domiciliar.....	15
REFERÊNCIAS.....	17
UNIDADE 2 ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS	20
2.1 Ampliando a capacidade de intervenção.....	21
2.1.1 Fundamentos para a abordagem integral de DCNT	22
2.2 A consulta de enfermagem e o acompanhamento domiciliar	26
2.3 As doenças crônicas mais comuns e o cuidado	27
2.4 Hipertensão arterial, <i>Diabetes mellitus</i> , doenças respiratórias, lesões neurológicas.....	30
2.4.1 Algumas considerações e conceitos sobre hipertensão arterial.....	31
2.5 Algumas considerações e conceitos sobre <i>Diabetes mellitus</i>	36
2.5.1 Diagnóstico clínico e laboratorial do <i>Diabetes mellitus</i>	39
2.5.2 Tratamento do <i>Diabetes mellitus</i>	39
2.5.3 Complicações do <i>Diabetes mellitus</i>	40
2.6 Doença renal crônica	42
2.7 Considerações gerais sobre as doenças respiratórias.....	43
2.7.1 A asma.....	44
2.7.2 A bronquite crônica	46
2.7.3 Enfisema.....	47
2.7.4 O cuidado de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica.....	47
2.8 Considerações e conceitos sobre lesões neurológicas.....	48
REFERÊNCIAS.....	51
UNIDADE 3 O USUÁRIO COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS	56
3.1 Considerações gerais sobre doenças transmissíveis.....	56
3.2 Tuberculose.....	59
3.2.1 Ações de combate à tuberculose	62
3.3 Hepatites virais	63
3.3.1 Ações contra as hepatites virais	65
3.4 Os usuários com doenças sexualmente transmissíveis e AIDS.....	67
3.4.1 A AIDS e as políticas públicas de saúde	68
3.4.2 Diagnóstico e tratamento	72
REFERÊNCIAS.....	76

UNIDADE 4 OBESIDADE E TRANSTORNOS ALIMENTARES	80
4.1 Considerações gerais e panorama atual sobre a obesidade	80
4.2 Diagnóstico e tratamento da obesidade.....	83
4.3 Anorexia.....	86
4.4 Bulimia nervosa	88
4.5 A reabilitação nutricional na anorexia e na bulimia	89
REFERÊNCIAS	92
UNIDADE 5 SAÚDE DO TRABALHADOR	96
5.1 Política Nacional de Saúde do Trabalhador	96
REFERÊNCIAS	107
UNIDADE 6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA — SAÚDE DO ADULTO	110
6.1 Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária.....	110
6.2 Calendário educativo da saúde.....	111
6.3 Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo	113
6.4 Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária	115
REFERÊNCIAS	116
SÍNTESE DO MÓDULO	117
AUTORES	118

APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Caro aluno, seja bem-vindo(a)!

Com este módulo, que aborda a Atenção Integral à Saúde do Adulto, pretendemos levantar aspectos relacionados à atenção à pessoa adulta e ao processo de trabalho na Atenção Básica.

Assim, o conteúdo foi organizado de modo a contemplar uma discussão sobre a aquisição de uma série de habilidades e atitudes necessárias às ações em saúde direcionadas aos indivíduos nessa faixa etária, reforçando a importância de uma postura diferenciada, solidária e acolhedora. Para tanto, estudaremos a importância das atividades de grupo para a população adulta, atividades de sala de espera e visita domiciliar, a atenção integral aos usuários com agravos ou doenças crônicas não transmissíveis, o usuário com doenças transmissíveis, obesidade e transtornos alimentares, além de contemplar também a saúde do trabalhador.

Os conteúdos foram assim distribuídos e apresentados com o objetivo de contribuir para o aperfeiçoamento do trabalho da equipe de Atenção Básica e para que ofereçam subsídios e conhecimentos sobre este tema, orientando o profissional de saúde para uma atenção integral à saúde do adulto no contexto da Atenção Básica. Esses conteúdos abordam os problemas mais prevalentes na prática clínica da atenção à saúde do adulto, e, conseqüentemente, ações que devem ser empregadas no enfrentamento de tais problemas.

Outro aspecto relevante a ser destacado neste módulo é a apresentação de exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre a Equipe de Saúde da Família – ESF e o Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF. Busca-se, com isso, reforçar a importância do trabalho em equipe interdisciplinar.

Sem a pretensão de esgotar os temas abordados, o texto traz um referencial atualizado, baseado em evidências científicas. Pretendemos colaborar na construção de um processo de trabalho fundamentado na integralidade em suas diferentes vertentes ou sentidos, um verdadeiro e constante desafio para o profissional de saúde.

Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos acerca da Atenção Integral à Saúde do Adulto no âmbito da Atenção Básica brasileira.

Desejamos a você um ótimo proveito desse material!

Ementa

Abordagem integral à saúde do adulto; humanização da assistência; trabalho interdisciplinar em equipe; atenção integral à saúde do adulto na Atenção Básica; atenção integral aos usuários com agravos ou doenças crônicas não transmissíveis; o usuário com doenças transmissíveis; obesidade e transtornos alimentares; saúde do trabalhador; experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica – saúde do adulto.

Objetivo geral

Compreender a atenção à saúde do adulto de maneira mais abrangente, de modo a incluir os diferentes olhares do trabalho em equipe nas questões relativas à saúde do adulto na perspectiva do cuidado integral à saúde, da humanização da assistência e do trabalho interdisciplinar.

Objetivos específicos

- Contextualizar a Saúde do Adulto no cenário brasileiro com vistas ao reconhecimento das possibilidades de atenção, fundamentadas pela clínica ampliada e na integralidade do cuidado, tais como as atividades de grupo para a população adulta, de sala de espera e visita domiciliar.
- Revisar as principais condições crônicas de saúde do adulto, sob a perspectiva da clínica ampliada, do trabalho interdisciplinar e da integralidade do cuidado.
- Refletir sobre as principais doenças transmissíveis que acometem a população adulta, reorganizando a atenção com vistas à integralidade da atenção à saúde do adulto.
- Descrever os principais transtornos alimentares e apresentar alternativas de atenção à saúde, direcionadas às pessoas adultas no enfrentamento de tais problemas.
- Contextualizar o cenário brasileiro e as principais orientações e políticas públicas voltadas à atenção integral à saúde do trabalhador.
- Identificar possibilidades de trabalho interdisciplinar na Atenção Básica por meio do relato de experiências exitosas para subsidiar uma prática profissional fundamentada pela integralidade do cuidado..

Carga horária: 30h

Unidades de Conteúdo

Unidade 1: Introdução à atenção integral à saúde do adulto

Unidade 2: Atenção integral aos usuários com doenças crônicas não transmissíveis

Unidade 3: O usuário com doenças transmissíveis

Unidade 4: Obesidade e transtornos alimentares

Unidade 5: Saúde do trabalhador

Unidade 6: Experiências exitosas do trabalho interdisciplinar na Atenção Básica
– saúde do adulto

PALAVRAS DOS PROFESSORES

O trabalho da equipe na Atenção Básica possui características próprias singulares que lhe conferem a capacidade de acompanhar a população ao longo do tempo. Esta oportunidade permite aos profissionais que atuam neste nível de atenção, não apenas alcançar a longevidade do cuidado, mas também o estabelecimento de vínculos e laços solidários com a comunidade. Neste contexto, a população desloca-se do papel tradicional de receptora de ações definidas unilateralmente pela equipe, para assumir suas funções de protagonista do cuidado e de cidadania, discutindo coletivamente questões de qualidade de vida, bem-estar, determinantes de saúde do seu território, na perspectiva da corresponsabilidade, da cogestão e da integralidade do cuidado.

Os adultos assistidos pelas equipes de saúde na Atenção Básica compõem uma parcela significativa da população, e as mudanças do perfil demográfico brasileiro fizeram com que o número de pessoas nessa faixa etária aumentasse no país nas últimas décadas. A procura pelos serviços de saúde por parte desta população ocorre em diversas situações, mas principalmente por ocasião de doenças crônicas ou aquelas relacionadas ao trabalho.

Neste contexto, o módulo estrutura-se de maneira a possibilitar uma compreensão das estratégias de trabalho direcionadas às pessoas adultas no âmbito da Atenção Básica, procurando-se identificar suas necessidades de saúde e organizar o processo de cuidado a partir delas, no entendimento de que essas ações são fundamentais para se obter qualidade na atenção integral à saúde do adulto.

As ações devem ser desenvolvidas pelos profissionais da Atenção Básica de modo articulado com a comunidade, especialmente aquelas relacionadas à prática clínica, como no caso de doenças crônicas e patologias transmissíveis prioritárias, sexualmente transmissíveis, e aquelas ligadas à obesidade e aos transtornos alimentares.

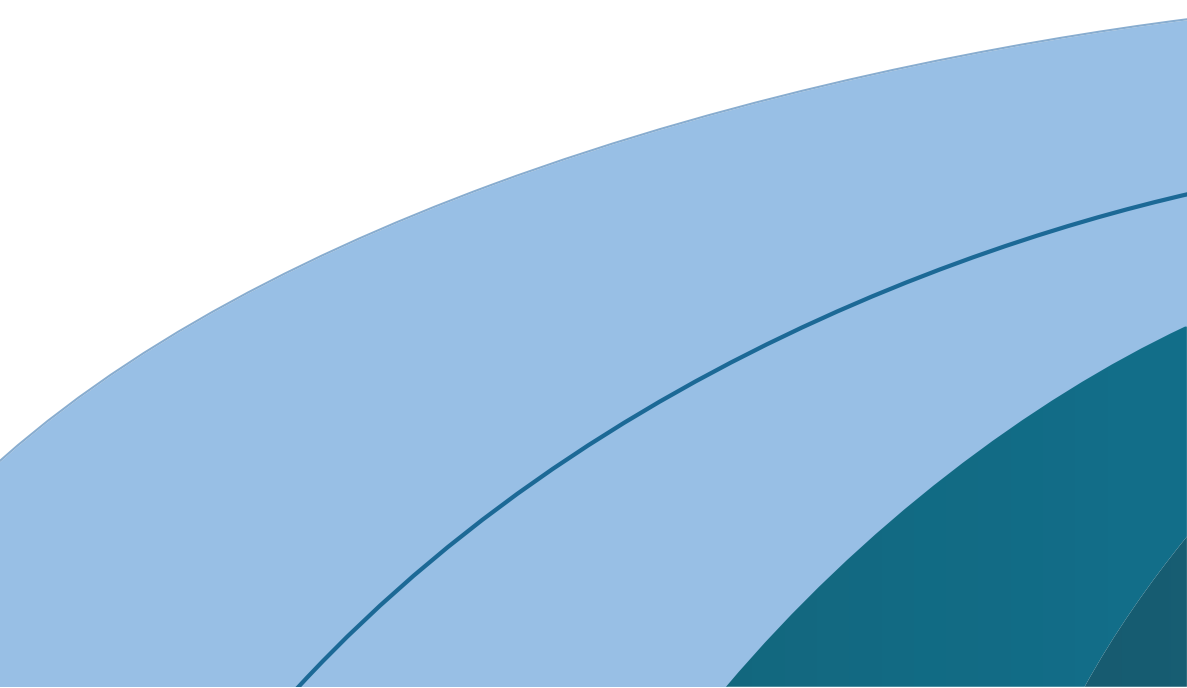
Consideramos que os profissionais da Atenção Básica também devam levar em conta, em sua abordagem, os aspectos sociais e culturais do território adscrito e a relação destes com os problemas prevalentes na população adulta. Neste módulo em particular, buscar-se-á compreender o papel do médico na equipe multiprofissional e a sua atuação na busca da integralidade do cuidado em saúde da população adulta.

Desejamos a você um ótimo proveito desse material! Bons estudos!

Calvino Reibnitz Júnior
Fernanda Lazzari Freitas
Flávia Regina Souza Ramos
Heitor Tognoli
Lúcia Nazareth Amante
Luiz Roberto Agea Cutolo
Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Enfermagem

Unidade 1



1 INTRODUÇÃO À ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO

Nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças, dentre as quais o processo de urbanização, a intensa migração, o aumento da expectativa de vida, a redução da fecundidade e as transformações na composição das famílias. Essas mudanças contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também se modificasse, ampliando-se o número de pessoas adultas, aquelas com idade entre 20 e 59 anos.

Com o aumento da expectativa de vida e o envelhecimento da população, as doenças crônico-degenerativas aparecem como principais causas de morbidade e mortalidade.

Essa população adulta, em nosso país, está exposta a fatores de risco, como baixos níveis de atividade física (15%), consumo de alimentos com alto teor de gordura (34%), consumo de refrigerantes cinco ou mais dias na semana (28%), e baixo consumo de frutas e hortaliças. Apenas 18,2% da população adulta consomem frutas e hortaliças cinco ou mais dias por semana. A prevalência de excesso de peso e a obesidade atingem 48% a 14% dos adultos respectivamente (BRASIL, 2011).

As doenças crônicas não transmissíveis correspondem a 72% das mortes no Brasil, atingindo principalmente as camadas mais pobres da população. No entanto, na última década, observou-se uma redução de 20% na taxa de mortalidade por doenças crônicas não transmissíveis, sendo essa diminuição atribuída à expansão da Atenção Básica, à melhoria na assistência e à redução do tabagismo nas últimas duas décadas (BRASIL, 2011).

Neste contexto, o Ministério da Saúde propõe um Plano de Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis para o período de 2011 a 2022, abordando as doenças do aparelho circulatório, o câncer, as doenças respiratórias crônicas e o diabetes. Enfatiza neste plano a necessidade de enfrentamento dos fatores de risco, incluindo o tabagismo, o consumo nocivo de álcool, a inatividade física, a alimentação inadequada e a obesidade.

Ao mesmo tempo, é importante que a equipe de saúde esteja atenta às doenças transmissíveis que também acometem esse grupo populacional. A AIDS, as hepatites virais e a tuberculose são destaque nas políticas públicas direcionadas ao grupo populacional em questão.

A Atenção Integral à Saúde do Adulto possui um caráter transversal nas políticas públicas de saúde e está presente sob diferentes perspectivas, como nas políticas de promoção da saúde e de atenção às doenças, exigindo de gestores, profissionais (saúde, educação, etc.) e comunidade um esforço coletivo para o fortalecimento da rede de serviços de saúde, para a melhoria das condições de vida.

A fim de organizar a atenção à saúde do adulto no Brasil, o Ministério da Saúde estruturou-se em diferentes áreas técnicas, entendendo que a proposição de políticas específicas, como a saúde da mulher, a saúde do idoso ou a saúde mental, responde às principais demandas dessa parcela da população. Essas políticas possuem, por sua vez, uma longa história de construção, que é produto de movimentos sociais, intelectuais e políticos, até virem a expressar a defesa de valores essenciais para cada um dos campos, e de acordo com especificidades desses sujeitos: necessidades, demandas, agravos, modos de viver.

Em virtude dessa transversalidade, as políticas públicas direcionadas à saúde do adulto estão fortemente presentes na estruturação da Atenção Básica Ampliada, em que diferentes áreas estratégicas são entendidas como prioritárias e, por isso, possuem políticas próprias, como Saúde da Mulher, Saúde do Homem, Saúde do Idoso, Saúde Bucal, Saúde Mental, Saúde da Criança, Saúde do Adolescente e Jovem, Saúde do Trabalhador. Outras áreas estratégicas são trabalhadas em programas e projetos especiais, como os dirigidos para a saúde indígena, hipertensão e diabetes, alimentação e nutrição, para as urgências, hepatites, DSTs/AIDS.

É importante ressaltar que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem é uma das últimas políticas implementadas no âmbito do SUS e evidencia os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem. Este documento reconhece os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade comprometem o acesso à atenção primária, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde. A mobilização da população masculina brasileira para a luta pela garantia de seu direito social à saúde é um dos desafios desta política, que pretende politizar e sensibilizar os homens para o reconhecimento e a enunciação de suas condições sociais e de saúde, para que advenham sujeitos protagonistas de suas demandas, consolidando seu exercício e gozo dos direitos de cidadania (BRASIL, 2008, p. 7).

É importante que a equipe de saúde esteja atenta às especificidades da população adulta de seu território e promova com esta o estímulo a hábitos saudáveis dentro da política de promoção de saúde, objetivando reduzir a incidência de doenças crônicas. Além disso, a equipe de saúde tem um importante papel também na atenção às doenças transmissíveis, com ações de educação em saúde e medidas de prevenção, monitoramento e controle.



Na Prática

Aproveite este momento para rever a configuração da população adulta de seu território e as ações que a sua equipe de saúde desenvolve, cuidando dessa parcela da população. A seguir, veremos algumas ações importantes a serem desenvolvidas pelas equipes de saúde no cuidado à população adulta. Acompanhe.

1.1 Atividades de grupo para a população adulta

Grande parte da população adulta possui alguma doença crônica. Diante desta realidade, algumas ações em saúde podem ser particularmente úteis para promover o cuidado às pessoas com tais problemas, assim como para grupos de pessoas que possuam um problema em comum.

As atividades de grupo são estratégias promissoras para o enfrentamento dos problemas crônicos apresentados pela população adulta, uma vez que facilitam o acompanhamento desses usuários e fortalecem o vínculo entre a comunidade e a equipe de saúde. Esta ação propicia espaço para a troca de experiências entre profissionais-usuários e usuários-usuários, educação em saúde e criação de rede de apoio dentro da comunidade. Ademais, estimula os usuários a serem protagonistas na construção de sua condição de saúde.

Algumas sugestões de grupos destinados à população adulta: Grupos de Promoção à Saúde para portadores de hipertensão arterial sistêmica e *Diabetes mellitus*, Grupo de Atividade Física, Grupo de Saúde Mental, Grupo de Trabalhos Manuais, Grupo de Tabagismo e Grupo de Reabilitação.

Em toda atividade de grupo, é importante o planejamento. Um planejamento mínimo é essencial para o bom andamento de um grupo, para o alcance dos objetivos e melhor aproveitamento do tempo.

De acordo com o objetivo, a faixa etária, o interesse do grupo, as características da comunidade, a criatividade e a opção metodológica da equipe, existe uma grande variedade de opções para se trabalhar determinado conteúdo nas atividades de grupo. Sugerimos a [pedagogia problematizadora](#)¹, em que o educador busca

¹ Paulo Freire, que é um educador muito valorizado internacionalmente, é considerado o “pai” da pedagogia problematizadora.

construir o conhecimento a partir da realidade do educando, trabalhando com base nos conhecimentos pré-adquiridos. Buscam-se soluções em conjunto, de forma a constituir um educando ativo, crítico, com liberdade para expressar suas percepções e opiniões, numa relação menos hierárquica.

O tamanho do grupo depende dos seus objetivos. Para facilitar o processo, grupos terapêuticos, por exemplo, não devem ter mais que 15 participantes. Já os grupos de atividade física podem ser maiores.

É preciso ter claro que o profissional de saúde está no grupo com um papel definido e que não é um mero participante. Tem a responsabilidade de utilizar seus conhecimentos para contribuir de alguma forma com a melhoria da saúde do grupo. Durante o planejamento do grupo, é bom que já se defina quem serão o coordenador e o relator. Isso evita que, na hora do andamento do grupo, os profissionais de saúde fiquem competindo pela coordenação ou cada um instigue o grupo para direções diferentes.

1.2 Atividades de sala de espera

A sala de espera é território muitas vezes pouco utilizado pelos profissionais de saúde. É um espaço que possibilita práticas pontuais de educação em saúde e troca de informações. Os profissionais de saúde podem utilizá-la para esclarecimentos sobre o fluxo de atendimento na Unidade, atividades de educação em saúde, exibição de vídeos e até atividades lúdicas.



Link

Grupo sala de espera: trabalho multidisciplinar em unidade básica de saúde.

Disponível em: <http://www.esp.rs.gov.br/img2/v20n2_10Grupo.pdf>.

1.3 Visita domiciliar

A visita domiciliar na Atenção Básica tem como objetivo ações de vigilância, assistência e promoção à saúde no domicílio. A visita domiciliar é, sem dúvida, uma das principais ferramentas da Estratégia Saúde da Família (ESF), por aproximar a equipe de saúde à família. Através dela, a equipe passa a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade e as potencialidades da família na construção de soluções para seus problemas. Propicia a corresponsabilidade do indivíduo ou da família, tornando-o sujeito para decidir junto com a equipe sobre os problemas de saúde e agravos.

Todos os membros da equipe devem realizar visitas domiciliares. O trabalho em equipe é fortalecido, e a integralidade de atenção aos usuários é favorecida pela troca de informações e conhecimentos das competências de todas as disciplinas envolvidas (profissionais da ESF e os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF).

Quanto à população adulta, as visitas podem ser efetuadas em diferentes situações: portadores de doenças crônicas com limitação física, egressos de hospital com condição incapacitante, usuários em fase terminal, portadores de doença mental com limitação de acesso à unidade de saúde, abordagem familiar, busca ativa de marcadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) ou de doenças de notificação compulsória.

Apesar de ser uma ferramenta preciosa do trabalho em Atenção Básica à Saúde, a assistência domiciliar traz algumas reflexões éticas desse procedimento: o cuidado deve ser determinado pelo usuário, não pela patologia, grupo etário ou área de risco; deve-se obter consentimento da família para a realização da visita e respeito à autonomia da família em relação aos cuidados domiciliares.

Todas as ações sugeridas devem ser avaliadas rotineiramente. A avaliação proporciona a retomada dos objetivos definidos no planejamento e análise do que foi alcançado. Muitas vezes, a avaliação auxiliará na mudança das práticas ou no incremento de algumas ações já em execução. Assim, a avaliação deve ser adotada rotineiramente no processo de trabalho dos profissionais de saúde.

Sua equipe já desenvolve essas atividades voltadas para esse grupo populacional de seu território? Se a resposta for afirmativa, parabéns! Caso seja negativa, leve esta discussão para uma reunião de sua equipe! A reunião de equipe é um momento importante para discutir e avaliar o processo de trabalho que está sendo desenvolvido e também para, a partir disso, construir novas estratégias de ação, caso necessário.

SÍNTESE DA UNIDADE

O Ministério da Saúde, atento às mudanças do perfil epidemiológico e à realidade socioeconômica brasileira, orienta para uma atuação em saúde voltada à assistência integral com especial atenção para as Doenças Crônicas Não Transmissíveis, no entanto, sem negligenciar as doenças transmissíveis e a atenção a outras necessidades individuais e coletivas em saúde que a população apresente ou que os profissionais de saúde identifiquem. A assistência deve, ainda, valorizar estratégias de atuação coletivas – como o desenvolvimento de grupos operativos, as atividades de sala de espera e as visitas domiciliares – na perspectiva da educação problematizadora e da ação interdisciplinar, com vistas à integralidade do cuidado.

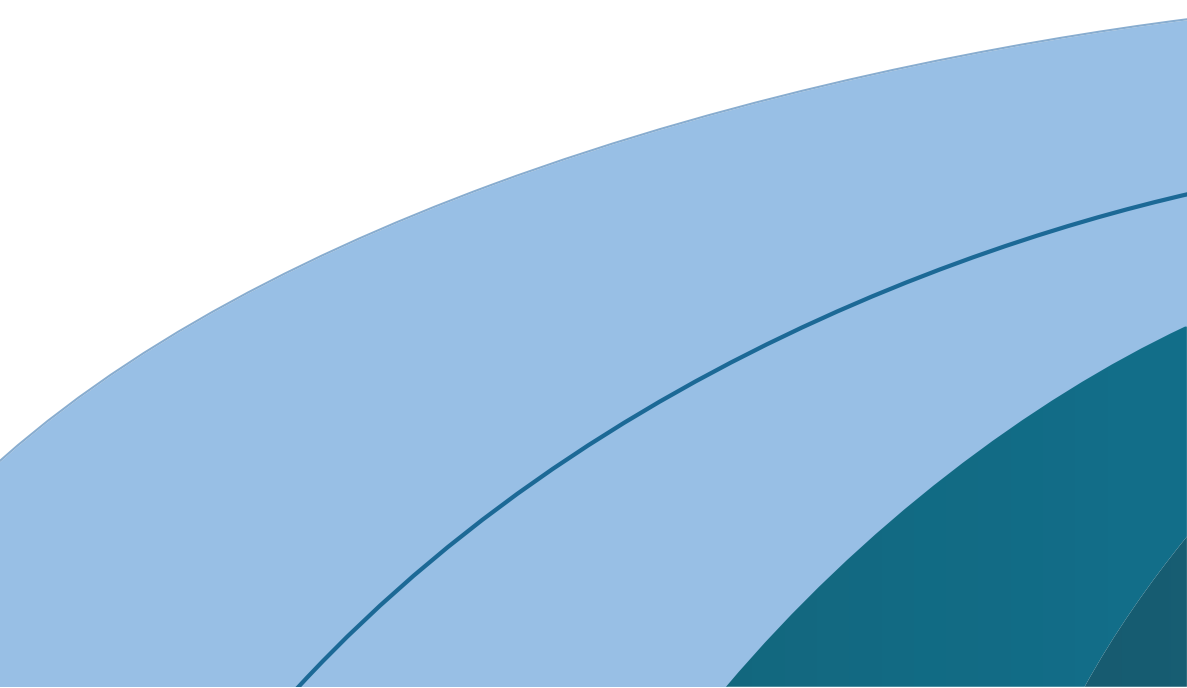
REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Enfermagem

Unidade 2



2 ATENÇÃO INTEGRAL AOS USUÁRIOS COM DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS

Diante do crescente número de casos de Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) na população brasileira, percebe-se não apenas um avanço considerável nos conhecimentos científicos nesse campo, como também uma transformação na percepção do significado de doença crônica, que, apesar de englobar doenças ou estados de mal-estar com características bastante distintas na forma como se apresentam (etiologia, fisiopatologia, evolução, órgãos afetados e tratamento), possuem algumas semelhanças, especialmente na maneira como afetam a vida das pessoas, que passam a viver nessa nova condição de saúde (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2004). Buscaremos mostrar como as mencionadas semelhanças podem ser consideradas no trabalho das Equipes de Atenção Básica, em especial da Equipe de Saúde da Família, de modo que consigam auxiliar o usuário a ter uma qualidade de vida melhor.

Adiantamos que as ações de atenção integral à saúde do adulto em condição crônica de saúde constituem um tema cuja reflexão remete à necessidade de compreensão dos diversos fenômenos que pertencem ao processo saúde-doença. Um complexo conjunto de fatores sociais, culturais e emocionais mescla-se nesse processo, os quais devem ser enfatizados para além do diagnóstico e do tratamento das doenças.

Ainda nesta unidade, será apresentada a postura que a enfermagem pode assumir para empregar ações que reúnam todos esses fatores.

A assistência na Atenção Básica pressupõe a ampliação da resolubilidade dos agravos à saúde a que a população está exposta. Considerando essa multiplicidade de exposições, agravos e doenças, o Ministério da Saúde lançou em 2011 o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011 – 2012 (BRASIL, 2011).

- Para a assistência a esta população, entre as “melhores apostas” e outras intervenções viáveis em custo-efetividade, estão:
- aconselhamento e terapia multidrogas, incluindo o controle da glicemia em diabetes para pessoas com mais de 30 anos de idade, com um risco de, em dez anos, sofrer um evento cardiovascular fatal ou não fatal;
- terapia de ácido acetilsalicílico para infarto agudo do miocárdio;

- rastreamento para câncer do colo do útero, com garantia do seguimento dos casos alterados e com utilização do método *ver e tratar*², sempre que houver indicação clínica;
- detecção precoce para câncer de mama por meio do rastreamento com exame bienal de mamografia (50-69 anos), seguido de confirmação diagnóstica e tratamento oportuno de 100% dos casos diagnosticados;
- detecção precoce para câncer colorretal e oral;
- tratamento de asma persistente com inalantes de corticosteroides e agonistas beta-2;
- financiamento e fortalecimento dos sistemas de saúde para garantir custo-efetividade das intervenções individuais por meio da abordagem da atenção primária.

2.1 Ampliando a capacidade de intervenção

Intervenções efetivas para DCNT são determinadas, em grande parte, pela capacidade do sistema de saúde. Assim, fortalecer e priorizar os programas de doenças crônicas são ações fundamentais para expandir essa capacidade. Programas e políticas locais e regionais devem ser articulados com o Plano Nacional de DCNT e também ofertar cuidados aos indivíduos com doenças crônicas, por meio do Sistema Único de Saúde, especialmente na Atenção Básica.

O Plano deve estar articulado com ações que promovam a melhoria do Sistema de Informações, a formação dos profissionais de saúde, um financiamento adequado, a obtenção de medicamentos e tecnologia essencial.

2 “Essa consiste na realização do diagnóstico e do tratamento em uma única visita, realizado em nível ambulatorial, por meio da exérese da EZT, sob visão colposcópica e anestesia local. Comparado à abordagem com biópsia prévia, em ensaio clínico controlado, o método *ver e tratar* foi considerado viável e com boa aceitabilidade (BERDICHEVSKY; KARMIN; CHUANG, 2004). Além disso, reduz o tempo entre a captação e o tratamento (MONTEIRO et al., 2009), possibilitando menor perda de seguimento, ansiedade, e custos e biópsias desnecessários. A vantagem desse método é o potencial para tratamentos desnecessários (PRENDIVILLE, 2003); todavia, essa ocorrência é muito reduzida se seguidas aquelas recomendações, ou seja, exame citopatológico com diagnóstico de HSIL e colposcopia com alterações maiores, sugestivas de NIC II ou III (INCA, 2006).”

Referência: Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero / Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

2.1.1 Fundamentos para a abordagem integral de DCNT

Determinantes Socioambientais da Saúde: O debate sobre os Determinantes Socioambientais da Saúde (DSS) iniciou-se nos anos 1970/1980 a partir do entendimento de que as intervenções curativas e orientadas para o risco de adoecer eram insuficientes para a produção da saúde e da qualidade de vida de uma sociedade, tendo-se em vista que muitos fatores sociais também influenciam na saúde dos indivíduos, como as condições em que as pessoas nascem, vivem, trabalham e envelhecem. A relação estabelecida entre os seres humanos e o meio ambiente ao longo dos tempos tem sido crucial na determinação do impacto causado pelas doenças sobre a sociedade humana. O crescimento rápido das cidades criou uma grande deterioração ambiental, em termos de condições de vida, saúde e ambientais. A má qualidade do ar, por exemplo, é a grande responsável por doenças respiratórias. A maneira como o espaço urbano é organizado pode influenciar tanto positiva quanto negativamente a prática de atividades físicas, de lazer e os meios de locomoção. Entre os fatores determinantes para a decisão sobre a prática de atividades físicas, estão os índices de criminalidade e qualidade de calçadas, iluminação pública, segurança no trânsito, transporte público e espaços para a opção de ser ativo. Além disso, a prática de atividade física como meio de locomoção pode contribuir significativamente para a saúde do ambiente, com a redução da emissão dos poluentes (WOODCOCK et al., 2007). A poluição e a escassez da água potável, o baixo acesso ao saneamento básico e ao tratamento de resíduos, a contaminação dos solos, a falta de planejamento urbano e os ambientes insalubres de trabalho são, também, determinantes das doenças crônicas (violência, depressão, alcoolismo, doenças respiratórias, câncer). A pobreza, entendida não apenas como falta de acesso a bens materiais, mas também como falta de oportunidades, de opções e de voz perante o Estado e a sociedade, representa vulnerabilidade diante de imprevistos e fatores de risco para doenças crônicas.

Neste contexto, ações sobre os DSS que diminuam os diferenciais de exposição a riscos, tendo como alvo, por exemplo, grupos que vivem e trabalham em condições insalubres, em ambientes pouco seguros ou expostos a contaminantes ambientais e com deficiências nutricionais, são de suma relevância para enfrentar as DCNT.

Ação intersetorial: Ações de prevenção e controle de DCNT requerem articulação e suporte de todos os setores do governo, da sociedade civil e do setor privado, com a finalidade de obter sucesso contra a epidemia das DCNT.

Desenvolvimento sustentável: A epidemia de DCNT tem relevante impacto negativo sobre o desenvolvimento humano e social. A prevenção deveria, por essa razão, ser incluída como prioridade nas iniciativas de desenvolvimento e investimento. O fortalecimento da prevenção e o controle de DCNT devem,

também, ser considerados como parte integral dos programas de redução da pobreza e outros programas de assistência ao desenvolvimento.

A sociedade civil e o setor privado: As instituições, os grupos da sociedade civil e a Atenção Básica à Saúde são locais distintos para mobilização política e de conscientização aos usuários de apoio para esforços na prevenção e no controle de DCNT. As empresas podem fazer contribuições importantes em relação aos desafios da prevenção de DCNT, principalmente quanto à redução dos teores de sal, gorduras saturadas e açúcar dos alimentos. Além disso, um setor que evite a propaganda de alimentação ou de outros comportamentos prejudiciais ou, ainda, que reformule produtos para proporcionar acesso a opções de alimentos saudáveis daria exemplos de abordagens e ações a serem implementadas por parceiros de todo o setor corporativo. Os governos são responsáveis por estimular as parcerias para a produção de alimentos mais saudáveis e por monitorar os acordos estabelecidos entre as partes. E os profissionais da Atenção Básica poderiam orientar os usuários a compreenderem as informações nutricionais que constam nos rótulos, sobre a ingestão diária de cada nutriente e sua relação com a dieta adequada a cada indivíduo. Para isso, a Equipe de Saúde da Família pode contar com o auxílio do profissional nutricionista da Equipe do NASF.

Abordagem precoce e abrangente: Os fatores de risco para DCNT estão disseminados na sociedade. Frequentemente, iniciam-se de modo precoce e estendem-se ao longo do ciclo vital. Evidências de países onde houve grandes declínios em certos tipos de DCNT indicam que as intervenções de prevenção e tratamento são necessárias (WHO, 2000; WHO, 2011). Por essa razão, a reversão da epidemia de DCNT exige uma abordagem populacional abrangente, incluindo intervenções preventivas e assistenciais. A mortalidade por acidente vascular encefálico, por exemplo, pode ser reduzida com o aumento de medidas preventivas, como o controle da hipertensão e o acompanhamento dos indivíduos que sofreram acidente vascular encefálico (LOTUFO; BENSEÑOR, 2009).

Evidências: Medidas de prevenção e controle devem estar embasadas em claras evidências de efetividade e custo-efetividade. Intervenções de base populacional devem ser complementadas por intervenções individuais de atenção à saúde.

Vigilância e monitoramento: A vigilância de DCNT deve ser integrada ao sistema de informações em saúde, adotando-se indicadores mensuráveis e específicos.

Rede de serviço: O fortalecimento dos sistemas de atenção à saúde para a abordagem de DCNT inclui o fortalecimento da Atenção Básica, articulando os demais níveis de atenção e as redes de serviços.

Linha de cuidado de DCNT: Abordagem integral das DCNT, inclui atuação em todos os níveis (promoção, prevenção e cuidado integral), articulando ações da linha do cuidado no campo da macro e da micropolítica. No campo da macropolítica,

situam-se ações regulatórias, articulações intersetoriais e organização da rede de serviços; na micropolítica, atuação da equipe na linha do cuidado, vinculação e responsabilização do cuidador e ações no fomento ao protagonismo e autonomia do usuário (MALTA; MEHRY, 2010).

Modelos de atenção aos portadores de doenças crônicas: O modelo de cuidado direcionado às doenças crônicas tem componentes no suporte ao autogerenciamento (aconselhamento, educação e informação); ao sistema de saúde (equipes multidisciplinares); à decisão (*guidelines* baseados em evidências, treinamento dos profissionais) e ao sistema de informação clínico (informações do portador). O ponto central desse modelo é a produção de informações entre os serviços, a avaliação de portadores, o autogerenciamento, a otimização das terapias e o seguimento, conforme pode ser visto na figura 1.



Figura 1 – Abordagem integral da linha de cuidado em doenças crônicas
Fonte: Noite; Mckee, 2008 (apud BRASIL, 2011).

Atuar em todo o ciclo vital: A abordagem de DCNT estende-se por todo o ciclo da vida. As ações de promoção da saúde e prevenção de DCNT iniciam-se durante a gravidez, promovendo-se os cuidados pré-natais e a nutrição adequada, passam pelo estímulo ao aleitamento materno, pela proteção à infância e à adolescência quanto à exposição aos fatores de risco (álcool, tabaco) e quanto ao estímulo aos fatores protetores (alimentação equilibrada, prática de atividade física), e persistem na fase adulta e durante todo o curso da vida. Confira na figura 2, a seguir.

Prevenção de DCNT ao longo da vida

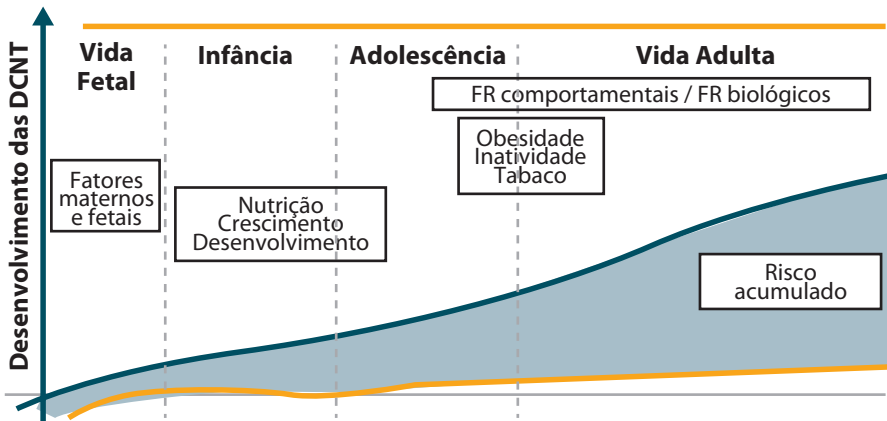


Figura 2 – Benefícios na atuação sobre fatores ambientais e comportamento saudável ao longo do ciclo de vida
Fonte: WHO, 2003 (apud BRASIL, 2011).



Link

Leia também o Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_plano.pdf>.

Em virtude da relação existente entre o processo saúde-doença e os aspectos de cunho social e histórico envolvidos, é importante que a equipe de saúde compreenda o usuário como parte da sociedade. Ele influencia e é influenciado pela equipe no cuidado de sua própria saúde, como também nas diferentes concepções sobre ela.

Nesta unidade, pretende-se oferecer uma base conceitual que o auxilie na compreensão da importância desses aspectos no tratamento das principais doenças crônicas que assolam atualmente nossa sociedade: a hipertensão arterial, o *Diabetes mellitus*, as doenças respiratórias e as lesões neurológicas. Acompanhe.

2.2 A consulta de enfermagem e o acompanhamento domiciliar

A consulta de enfermagem é uma das formas de direcionar as ações de enfermagem, fundamentadas na cientificidade. É por meio dela que o enfermeiro identifica os problemas envolvidos no processo saúde-doença e discute com o usuário e a equipe de saúde medidas que contribuem para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação das pessoas e famílias.

A Lei n. 7.498, de 25 de junho de 1986, determina que a consulta de enfermagem seja realizada pela enfermeira, compreendendo que é a atividade que melhor caracteriza a atuação profissional da categoria (BRASIL, 1986).

A consulta é uma atividade fim pela enfermeira (MACIEL; ARAÚJO, 2009). Objetiva analisar condições e fatores de risco, promover o autocuidado e propor intervenções. Neste sentido, permite o acompanhamento da evolução do estado saúde-doença, visto que convive diretamente com o indivíduo e sua condição de cronicidade (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2004).

A visita domiciliar permite o acompanhamento do usuário em seu próprio domicílio, no contexto familiar, possibilitando ao profissional de saúde vivenciar o ambiente, desenvolver uma visão sistêmica e integral para assim planejar e pactuar intervenções adequadas ao meio social e cultural de cada indivíduo e família.

A visita proporciona, ainda, ações de vigilância, promoção da saúde no domicílio, direcionadas à área geográfica adscrita e vinculada à equipe de saúde. A priorização e organização das visitas são programadas de acordo com a situação da comunidade, indicação do agente comunitário e recursos da equipe, de modo a dar cobertura a todos os indivíduos e famílias que, por algum agravo, ou situação permanente ou provisória estejam incapacitados de buscar a atenção à saúde na Unidade.



Link

Confira a resolução COFEN n. 159/1993 sobre a consulta de enfermagem. Disponível em: CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN-159/1993. Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4241>>.

2.3 As doenças crônicas mais comuns e o cuidado

O cuidado com a vida humana revela significados, comportamentos e expressões de acordo com a cultura e o momento histórico e social vividos. Assim, há que se problematizarem eventos, fatos, transformações que ocorreram com a passagem dos anos e recapturar a noção de que o diálogo entre profissional, usuário e família é essencial para a incorporação de novas práticas, saberes e tecnologias (MAIA; VAGHETTI, 2008).

Sem perder de vista que os profissionais são os responsáveis pela condução da relação dialógica entre eles e o usuário dos seus serviços, ambos desenvolvem potenciais e habilidades com a aceitação da ambiguidade, da discrepância entre as situações e o uso de tecnologias. O serviço de saúde usa a tecnologia quando alia vários conhecimentos científicos com o objetivo de encontrar a solução para um problema ou situação vivida na prática, decorrente do encontro entre ele, o usuário e sua família (SOUZA, 2005).

Diante dessas observações, é possível reconhecer que o cuidado às pessoas com doenças crônicas exige do profissional mais do que conhecimentos sobre os aspectos biomédicos, destacando-se a importância de compreender como a doença crônica afeta a vida das pessoas e de suas famílias e comunidades. Nessa perspectiva, a relação dialógica entre profissionais da saúde e pessoas com doenças crônicas, na qual ambos, contínua e dinamicamente, compartilham o momento vivido, torna-se uma referência.

Você sabia que, há algumas décadas, as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de morte no Brasil e por esta razão representam um importante problema de saúde pública? Que essas doenças geram um custo aproximado de 475 milhões de reais, não incluindo as despesas com procedimentos de alta complexidade? Você e sua equipe já realizaram um diagnóstico sobre a realidade da população adscrita e as doenças crônicas que mais afetam esses usuários? Conseguiram planejar ações que contribuam para a assistência das necessidades desses usuários? Quais são as necessidades que esses usuários indicam e as alternativas que sugerem?

Converse com sua equipe, chame o NASF para essa discussão, a interdisciplinaridade pode contribuir sobremaneira diante de problemas tão complexos.



Link

Aproveite e acompanhe mais informações sobre o departamento de Informática do SUS e o SisHiperdia. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Sishiperdia. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>.

A hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus* constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório. As complicações mais frequentes decorrentes desses agravos são: o infarto agudo do miocárdio, o acidente vascular cerebral, a insuficiência renal crônica, a insuficiência cardíaca, as amputações de pés e pernas, a cegueira definitiva, os abortos e as mortes perinatais. De janeiro a dezembro de 2008, foram identificadas 270 pessoas com *Diabetes mellitus*, 2.758 com hipertensão arterial e 831 pessoas convivendo com os agravos simultaneamente (BRASIL, 2009).

Com o propósito de identificar precocemente os casos, o Ministério da Saúde brasileiro criou mecanismos para acompanhar e controlar a hipertensão arterial e o *Diabetes mellitus*, no âmbito da Atenção Básica, e assim reduzir o número de internações hospitalares e a mortalidade em decorrência desses agravos. Neste sentido, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com os estados, municípios e a Sociedade Brasileira de Cardiologia, Hipertensão, Nefrologia e Diabetes, Federações Nacionais de Portadores de Hipertensão Arterial e Diabetes, CONASS e CONASEMS para apoiar a reorganização da rede de saúde, para a melhoria da atenção às pessoas com esses agravos, por meio do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao *Diabetes mellitus*.

Uma das ações propostas pelo Ministério da Saúde para o acompanhamento e controle da hipertensão e *Diabetes mellitus* foi a disponibilização de um sistema informatizado para o cadastramento das pessoas com esses agravos. Em médio prazo, a ação visa a estabelecer o perfil epidemiológico dessa população e desencadear estratégias de saúde coletiva com vistas à mudança do quadro atual, propondo melhoria na qualidade de vida das pessoas e de seus familiares, assim como a diminuição do custo social.

Você sabe onde encontrar informações confiáveis sobre o rastreamento?

Em 1976, no Canadá, e em 1984 nos Estados Unidos, foram criadas forças-tarefas para avaliar procedimentos utilizados na detecção de doenças em indivíduos assintomáticos. As avaliações desses dois grupos basearam-se, sobretudo, na análise cuidadosa dos estudos mais importantes, pertinentes a cada procedimento, publicados na literatura científica da época.

Em relação à Saúde do Adulto, preconizam-se atualmente as seguintes recomendações:

- a) **Hipertensão Arterial Sistêmica:** O rastreamento da HAS, por meio da aferição da pressão arterial, em indivíduos acima de 18 anos.
- b) **Dislipidemia:** O rastreamento da dislipidemia, por meio da dosagem sérica dos níveis de colesterol, é recomendado para homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos. O intervalo de rastreamento ainda é incerto. Homens com fatores de risco, como diabetes, uso de tabaco, obesidade, história familiar de doença arterial coronariana antes dos 50 anos ou história pessoal de aterosclerose devem ser rastreados para dislipidemia a partir dos 20 anos.
- c) **Diabetes mellitus tipo II:** Recomenda-se o rastreamento da *Diabetes mellitus* tipo II através da dosagem sérica de glicose, em indivíduos com aumento dos níveis pressóricos acima de 135/80;
- d) **Neoplasia de cólon:** O rastreamento da neoplasia de cólon é recomendado através da pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia, deve ser iniciado aos 50 anos, até os 75 anos de idade. A frequência de rastreamento é anual para pesquisa de sangue oculto nas fezes; a cada cinco anos, para sigmoidoscopia; e a cada dez anos para a colonoscopia.
- e) **Uso de tabaco:** O rastreamento sobre o uso de tabaco é recomendado para os adultos e gestantes. Em todo encontro com esses usuários, deve ser questionado o uso de tabaco, e os usuários devem ser encorajados a cessarem o tabagismo.
- f) **Abuso de álcool:** É recomendado o rastreamento do uso abusivo de álcool e o aconselhamento sobre o abandono do uso nos encontros com a população adulta. Pode-se usar o questionário de CAGE, nomenclatura derivada das questões: *Cutdown, Annoyed by criticism, Guilty e Eye-opener* e que é utilizado para rastreamento de transtornos de uso de álcool em pronto-socorro.



Link

Para mais informações sobre o uso do questionário CAGE, acesse:

[<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n1/a32v47n1.pdf>](http://www.scielo.br/pdf/ramb/v47n1/a32v47n1.pdf)

Considera-se não haver evidências suficientes para recomendar a inclusão ou exclusão dos seguintes procedimentos como rastreamento: autoexame para câncer de mama e de pele; exame por profissional de saúde – câncer de pele e oral; toque retal – câncer de reto. Em relação à ultrassonografia de abdômen para câncer de ovário, R-X de tórax para câncer de pulmão, dosagem sorológica de PSA (antígeno prostático específico) e ultrassonografia transretal para câncer de próstata, as evidências indicam a não inclusão em rastreamentos.

Como vimos, são poucas as doenças que hoje têm indicação de rastreamento. Mas, apesar disto, é crescente a procura por “exames” e/ou *checkup* pelos indivíduos assintomáticos. Esta prática acontece impulsionada pela mídia, que dissemina informações não científicas nos meios de comunicação de massa e a alguns profissionais não estudiosos do tema. Assim, é importante compreendermos que, quando propomos o rastreamento sem evidência científica, além de não obtermos benefícios para o indivíduo, podemos submetê-lo a procedimentos desnecessários e até mesmo deletérios. Devemos sempre buscar maior clareza sobre os benefícios e riscos do rastreamento.



Link

Estas duas instituições podem ser acessadas:

United States of America. Preventive Service Task Force.

Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/CLINIC/uspstfix.htm>>.

CANADIAN Task Force on the Periodic Health.

Disponível em: <<http://www.canadiantaskforce.ca/index.html>>.

Além dessas, existe outra instituição que realiza revisões sistemáticas, o Cochrane, que pode também ser acessado no seguinte endereço:

<<http://cochrane.bvsalud.org/portal/php/index.php?lang=pt>>.

2.4 Hipertensão arterial, *Diabetes mellitus*, doenças respiratórias, lesões neurológicas

Nos grandes centros urbanos e industriais mundiais, as doenças crônico-degenerativas, especificamente as doenças cardiovasculares (DCV), tornaram-se a principal causa de óbito. A emergência de tais doenças a esse patamar trouxe consigo graves consequências socioeconômicas, transformando-as em um grave problema de saúde pública. Além disso, acarretou uma série de mudanças em toda a atenção à saúde.

A relação entre DCV e hipertensão arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas.

Para iniciar o nosso diálogo sobre as patologias de maior incidência na atualidade, geradoras de condições crônicas de saúde, selecionamos a hipertensão arterial, o *Diabetes mellitus*, as doenças respiratórias e as lesões neurológicas, considerando que essas doenças e agravos demandam que o indivíduo e sua família busquem cuidados por meio dos diferentes caminhos, da rede de atenção à saúde, da atenção básica ao setor terciário.

2.4.1 Algumas considerações e conceitos sobre hipertensão arterial

A Hipertensão Arterial (HA) pode ser definida como a elevação intermitente ou sustentada da pressão arterial sistólica superior a 140 mmHg ou mais, ou pressão diastólica maior que 90 mmHg, sendo que a prevalência na população urbana adulta brasileira pode variar entre 22,3% e 43,0% (BRASIL, 2006a).

A medida da hipertensão arterial de um indivíduo é definida com base na média de duas ou mais mensurações dos valores de sua pressão arterial verificados em um ou mais encontros deste com o profissional da saúde depois de uma triagem inicial (SMELTZER; BARE, 2005).

A etiologia da Hipertensão Arterial Essencial é complexa e envolve vários mecanismos homeostáticos em interação. Existem dois tipos de Hipertensão Arterial: a essencial (também chamada primária ou idiopática) e a secundária. Esta última está relacionada a uma doença sistêmica que eleva a resistência arterial periférica ou o débito cardíaco. A partir dessas duas situações, pode surgir a Hipertensão Arterial Maligna, forma grave e fulminante do distúrbio de regulação da pressão arterial (CORPORATION, 2003).

Ela pode ser visualizada como um sinal, como um fator de risco para a doença cardiovascular aterosclerótica ou como uma doença. Como um sinal, porque a pressão arterial monitora o estado clínico de uma pessoa, ela pode, por exemplo, indicar o uso excessivo de um medicamento vasoconstritor. Já quando é visualizada como fator de risco, ela mostra que ocorre um acúmulo acelerado de placa aterosclerótica na íntima das artérias. E quando é vista como doença é porque tem papel decisivo na morte por doença cardíaca, renal e vascular periférica (AMBROSE et al., 2005).

O Ministério da Saúde, por meio dos *Cadernos de Atenção Básica*, fortalece as ações para a promoção da saúde desenvolvidas em nosso país. São distribuídos gratuitamente e podem ser acessados *on-line* no Portal de Saúde do MS, e contêm informações que auxiliam na implementação do modelo assistencial de atenção à saúde na Atenção Básica, valorizando as práticas de saúde.



Link

Acessando o *site* do Ministério da Saúde, você terá acesso a diversos conteúdos de orientação e atenção aos usuários com doenças crônicas, como hipertensão arterial, *Diabetes mellitus*, doenças respiratórias dentre outros, em **Cadernos da Atenção Básica**. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/caderno_ab.php>.

Fatores de risco para a hipertensão arterial

Alguns fatores de risco devem ser investigados e avaliados minuciosamente a fim de promover a atenção integral à pessoa com hipertensão arterial. História familiar, raça/etnia/cor, estresse, obesidade, dieta rica em sal e gordura, uso de contraceptivos orais e de tabaco e vida sedentária participam do desencadeamento da hipertensão arterial (HA).

O excesso de peso e, especialmente, a obesidade abdominal, correlacionam-se com a maioria dos fatores de risco cardiovascular, destacando-se como importantes fatores de desencadeamento da hipertensão arterial (CARNEIRO et al., 2003). Esta ocorrência tem sido atribuída à presença de hiperinsulinemia, a qual surge como resistência à insulina, presente em indivíduos obesos, principalmente naqueles que apresentam excesso de gordura na região do tronco. O Índice de Massa Corpórea (IMC) e a Circunferência Abdominal (CA), quando aumentados, elevam o risco de o indivíduo vir a apresentar agravos cardiovasculares, pelo fato de que existe uma forte associação entre tais fatores de risco (SARNO; MONTEIRO, 2007).

A promoção da saúde e prevenção de complicações envolve o reconhecimento dos fatores de risco e a possibilidade de intervenção nesses fatores (MINAS GERAIS, 2006), descritos a seguir.

Não modificáveis

Hereditariedade: história familiar de hipertensão arterial.

Idade: o envelhecimento aumenta o risco do desenvolvimento da hipertensão em ambos os sexos. Estimativas globais sugerem taxas de hipertensão arterial mais elevadas para homens a partir dos 50 anos e para mulheres a partir dos 60 anos.

Raça/Etnia/Cor: Nos Estados Unidos, estudos mostram que a população negra é mais propensa à hipertensão arterial que as pessoas brancas. No Brasil, não existem estudos que comprovem essa evidência. É importante lembrar que o termo etnia está associado a questões culturais de um determinado povo e, por este motivo, também exerce influência no processo saúde-doença. Outro ponto importante a ser considerado é o Racismo como Determinante Social das Condições de Saúde, uma vez que as iniquidades de acesso à rede de atenção, a discriminação e a exclusão social podem influenciar as condições de saúde de um determinado grupo populacional. Certas doenças são mais prevalentes em algumas populações não em função de características biológicas relacionadas à raça/etnia/cor, mas sim em decorrência de precárias condições sociais, econômicas, culturais, etc. (BRASIL, 2010).

Potencialmente modificáveis

Sedentarismo: aumenta a incidência de hipertensão arterial. Indivíduos sedentários apresentam um risco aproximado 30% maior de desenvolver hipertensão arterial em relação aos indivíduos ativos: a atividade física regular diminui a pressão arterial.

Tabagismo: o consumo de cigarros está associado ao aumento agudo da pressão arterial e ao maior risco de doenças cardiovasculares.

Excesso de sal: o sal pode desencadear, agravar e manter a hipertensão.

Bebida alcoólica: o uso abusivo de bebidas alcoólicas pode levar à hipertensão.

Peso: a obesidade está associada ao aumento dos níveis pressóricos. Ganho de peso e aumento da circunferência da cintura são índices prognósticos para hipertensão arterial, sendo a obesidade um importante indicador de risco cardiovascular aumentado.

Estresse: excesso de trabalho, angústia, preocupações e ansiedade podem ser responsáveis pela elevação aguda da pressão arterial.

A cronicidade da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e a sua associação à obesidade e circunferência abdominal (em especial a visceral), e o grande impacto no perfil de morbimortalidade na população brasileira mostram a necessidade de garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos com HAS, assim como o desenvolvimento de ações referentes à promoção de saúde e à prevenção de doenças (SMELTZER; BARE, 2005).

Cabe destacar as seguintes características e medidas de combate à hipertensão arterial:

- a) não tem cura, mas é possível controlá-la com a adoção de uma dieta equilibrada associada à prática de atividade física e ao uso de fármacos;
- b) a mudança da dieta e a adoção de práticas de atividade física são indicadas como primeira medida terapêutica. Tais medidas apresentam resultados positivos na fase inicial do tratamento e para os casos considerados leves;
- c) suas complicações tardias poderão ser: acidente cerebrovascular, crises isquêmicas cerebrais transitórias, cegueira, infarto agudo do miocárdio, proteinúria, edema e insuficiência renal;
- d) o processo de envelhecimento provoca alterações estruturais no sistema cardiovascular que contribuem para o aumento da pressão arterial (SMELTZER; BARE, 2005).

As referidas alterações estruturais citadas acima incluem acúmulo da placa aterosclerótica, fragmentação das elastinas arteriais, depósitos aumentados de colágeno e vasodilatação prejudicada, resultando na diminuição da elasticidade dos grandes vasos. A aorta e os grandes vasos perdem sua capacidade em acomodar o débito cardíaco, assim a hipertensão arterial sistólica isolada é mais comum em idosos (SMELTZER; BARE, 2005).

Tratamento da hipertensão arterial

Após a confirmação diagnóstica da hipertensão, é necessário fazer uma estratificação de risco, que levará em conta os valores pressóricos, a presença de lesões em órgãos que são alvo dessa enfermidade e o risco cardiovascular estimado. Existem, com base nesses aspectos, a classificação em três graus distintos, chamada de classificação do risco cardiovascular global individual das pessoas em função do escore de risco de Framingham e da presença de lesão em órgãos alvo.



Link

Esta classificação está disponível nos **Cadernos da Atenção Básica:**

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde. Cadernos de Atenção Básica, n. 16. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 58 p. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf>.

Mas, lembre-se, tratar a doença isoladamente não trará os resultados esperados. É importante considerar toda a realidade biopsicossocial do usuário, acolhendo suas necessidades, para, juntos, profissionais da Atenção Básica e usuários, encontrarem os caminhos e objetivos a serem percorridos e atingidos.

Seguindo tal classificação, você poderá verificar que existem duas abordagens terapêuticas para a hipertensão arterial: o tratamento que tem por base mudanças nos hábitos de vida (incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, perda de peso, dentre outras ações) e o tratamento medicamentoso.

O cuidado realizado pela equipe deve focar, sobretudo, a mudança nos hábitos de vida do indivíduo, identificando as necessidades e pactuando ações, em processo de coparticipação ao cuidado.

A interação entre o(a) enfermeiro(a) e o indivíduo com hipertensão arterial e sua família é o ponto chave para que o plano terapêutico seja seguido.

Pode parecer irracional um plano terapêutico que modifique hábitos de vida, especialmente quando não estão presentes sinais e sintomas ou quando aparecem os efeitos colaterais dos medicamentos. Assim, o profissional de saúde deve encorajar permanentemente essas pessoas a manterem o tratamento e estabelecerem em conjunto um plano aceitável de metas que as ajudem a conviver com a hipertensão arterial.

Nas ações de saúde comunitárias que envolvam, dentre outras coisas, a verificação da pressão arterial, recomenda-se: verificar a calibragem dos manômetros, empregar a técnica adequada e destinar tempo suficiente para esclarecer as pessoas sobre os significados dos valores da pressão arterial.

Para os casos em que você perceber que a Equipe de Saúde da Família e usuário(s) não conseguem corresponder às necessidades dessa população, você pode solicitar apoio à Equipe do NASF. O compartilhamento de saberes e experiências pode orientar ações com repercussões favoráveis tanto para a prevenção da HAS como para tratamento e reabilitação da população adscrita.

Estamos até agora falando sobre o diagnóstico de hipertensão arterial sem complicações. Sabemos, no entanto, que nem sempre esse diagnóstico é feito precocemente. Geralmente, ele acontece quando já existe prejuízo das funções orgânicas, ou seja, quando algum órgão alvo já foi atingindo. Diante disso, a educação para a saúde também é considerada uma importante ação da **enfermagem** e da **equipe de saúde**, uma vez que auxilia a pessoa com hipertensão arterial e sua família na compreensão do significado de uma condição crônica de saúde e da necessidade de modificar hábitos e estilos de vida.

Dessa maneira, os objetivos da educação em saúde são: ajudar as pessoas a descobrirem formas de estabelecer qualidade de vida e bem-estar, mesmo convivendo com uma doença crônica; contribuir para a redução da reinternação hospitalar decorrente da cronicidade da doença e minimizar as complicações provocadas pela doença crônica com o passar do tempo. Uma das estratégias para desenvolver ações em saúde é a formação de grupos para pessoas com doença crônica, sejam terapêuticos, sejam de convivência. Nesses espaços, é possível compartilhar saberes e experiências, formar redes de suporte social, ampliar criativamente as formas de conviver com a doença crônica, dentre outros (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2004). Antes mesmo de iniciar sua divulgação,

é importante considerar a vontade dos usuários de aderirem ao grupo, ou quais outras sugestões e alternativas eles têm para aprimorar a atenção à saúde. Tenha o cuidado de não rotular uma população, escolham juntos o nome que darão ao grupo, a metodologia dos encontros, os temas abordados, isso favorecerá a coesão do grupo e sua caracterização.



Link

Para compreender o tratamento indicado para cada tipo de hipertensão arterial e de que forma os profissionais da saúde podem conjuntamente decidir as ações terapêuticas para o seu controle, acesse:

IV DIRETRIZES brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 82, Supl. 4, mar. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001000004&script=sci_arttext>.

2.5 Algumas considerações e conceitos sobre *Diabetes mellitus*

O *Diabetes mellitus* (DM) faz parte de um grupo denominado doenças metabólicas, cujo nível elevado e sustentado de glicose sérica é decorrente de defeitos na secreção e/ou ação da insulina. O DM pode diferir quanto à causa, evolução clínica e tratamento (SMELTZER; BARE, 2005). A hiperglicemia está associada a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos, principalmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos. Pode ser resultado de problemas na secreção e/ou ação da insulina, que envolvem destruição das células beta do pâncreas, resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção de insulina, dentre outros. Pode ser classificado em:

- a) Diabetes do tipo 1 (antigamente denominado *Diabetes mellitus* insulino-dependente);
- b) Diabetes do tipo 2 (antigamente denominado *Diabetes mellitus* não insulino-dependente);
- c) Diabetes gestacional;
- d) *Diabetes mellitus* associado a outras condições ou síndromes (problemas hormonais ou genéticos, determinadas drogas ou substâncias químicas) (cf. CORPORATION, 2003).

Geralmente, as pessoas com diabetes tipo 1 relatam sintomas com progressão rápida, enquanto naquelas com diabetes do tipo 2 (hereditária, diabetes gestacional, bebês macrossômicos, dentre outros) os sintomas são sutis e muitas vezes passam despercebidos pelo indivíduo portador e familiares (CORPORATION, 2003).

O *Diabetes mellitus* tipo 2 (DM-2) vem sendo considerado como uma das grandes epidemias mundiais do século XXI. O envelhecimento da população e as novas abordagens terapêuticas em relação a essa doença contribuem para o avanço da epidemia. Há que se destacar que o estilo de vida atual, caracterizado por sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, além de exposição frequente a situações estressantes, como jornadas triplas de trabalho, transporte público inadequado, baixa remuneração, condições insalubres de vida, poucas horas para o lazer, dentre outros, predispõem ao acúmulo de gordura corporal e constituem-se em elementos essenciais para a incidência e prevalência da doença.



Link

Clique e confira: diabetes na prática clínica, em formato de livro eletrônico. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/>>.

Eis alguns dados sobre o aumento dos casos de diabetes no decorrer das décadas:

- a) O número de pessoas com DM, no mundo, em 1985, era de cerca de 30 milhões, passando para 135 milhões em 1995 e 240 milhões em 2005, com potencial de atingir 366 milhões em 2030, dos quais, dois terços habitarão os países em desenvolvimento (WILD et al., 2004).
- b) No Brasil, em fins da década de 1980, estimou-se que o diabetes ocorria em cerca de 8% da população, de 30 a 69 anos de idade, residente em áreas metropolitanas brasileiras. Hoje, estima-se que ocorra em 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa cerca de cinco milhões e meio de pessoas com DM (BRASIL, 2006b).

No entanto, cerca de 50% das pessoas com DM tipo 2 não sabem que são portadoras e algumas vezes o diagnóstico só é realizado quando aparecem as complicações. Os testes de rastreamento desta doença são indicados para pessoas sem sintomas ou outros de seus sinais e seguem os fatores indicativos de maior “risco”, tais como: idade maior que 45 anos, sobrepeso (IMC maior que 25), obesidade central (cintura abdominal maior que 102 cm para os homens e maior que 88 cm para as mulheres, lembrando que esta medida é obtida na altura das cristas ilíacas), antecedente familiar de DM (pai ou mãe), colesterol HDL de 35 mg/dL e/ou triglicerídeos de 150 mg/dL, história de macrosomia ou diabetes gestacional, diagnóstico prévio de Síndrome de Ovários Policísticos, doença cardiovascular, cerebrovascular ou vascular periférica definida.

É necessário ressaltar aqui que esta caracterização de risco ainda não está padronizada. A tendência é usar um escore de fatores de risco, semelhante aos do risco cardiovascular. Mas os fatores de risco aqui elencados constituem um guia para a ação clínica. Isso não exclui a necessidade de interação com outros profissionais, usuários e ou outros setores da sociedade para buscarem alternativas de prevenção, tratamento e reabilitação desta doença e suas sequelas, presentes em casos mais avançados.

As complicações do DM podem ser classificadas em agudas e crônicas. As agudas são a Cetoacidose Metabólica (CAD) e a Síndrome Não Cetótica Hiperglicêmica Hiperosmolar (SNHH) e constituem-se em situações de risco de vida, exigindo intervenção imediata. Já as complicações crônicas atingem o sistema cardiocirculatório, causando doença vascular periférica, doença ocular (retinopatia), doença renal (insuficiência renal crônica), doença de pele (dermopatia diabética) e neuropatia periférica e autônoma (CORPORATION, 2003). O diabetes é também responsável pela morbimortalidade causada por doença cardiovascular, falência renal, amputação de membros inferiores e cegueira.

O DM é uma das prioridades no âmbito da Atenção Básica em função de suas graves consequências à saúde da população acometida por esta doença. Logo, a identificação de pessoas com alto risco para DM e de casos não diagnosticados devem direcionar as ações neste nível de atenção a fim de que o tratamento e o controle intensivo sejam prontamente oferecidos, visando a prevenir as complicações agudas e crônicas decorrentes desta patologia.

Na evolução do DM, o uso da insulina para o controle glicêmico depende do tipo de diabetes e da sua progressão clínica. Por outro lado, antes do DM ser diagnosticado, alterações na curva glicêmica podem ser observadas.

Faça uma pesquisa sobre os estágios do DM e estabeleça um plano de intervenções que possa atender aquelas pessoas com índices glicêmicos elevados que ainda não possuem critérios clínicos para o diagnóstico médico de DM, ou que previna complicações, nos casos em que a doença já esteja instalada. Identifique em sua realidade qual a prevalência de usuários em cada estágio e utilize esses resultados para, juntamente com sua equipe, definir estratégias de ações educativas e preventivas que possibilitem uma maior aproximação com usuários que necessitam de acompanhamento.

2.5.1 Diagnóstico clínico e laboratorial do *Diabetes mellitus*

São quatro os sintomas clássicos de DM: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso, conhecidos como os “4Ps”. Fadiga, astenia, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição são outros sintomas que conduzem à suspeita clínica (CORPORATION, 2003).

Laboratorialmente, o usuário pode fazer os testes de glicemia em jejum, teste oral de tolerância à glicose e glicemia casual para verificar se possui ou não diabetes. Nos casos em que os parâmetros de níveis glicêmicos do indivíduo não estão suficientemente elevados para caracterizar o diagnóstico de DM, mas estão acima do ideal, esse usuário faz parte do grupo de pessoas portadores de hiperglicemia intermediária, com risco elevado para o desenvolvimento de DM.

2.5.2 Tratamento do *Diabetes mellitus*

A principal meta do tratamento de DM é normalizar a atividade da insulina e dos níveis de glicose para reduzir o aparecimento de complicações vasculares e neuropáticas.

Para conseguir níveis de glicemia normais (euglicemia) sem causar episódios de hipoglicemia, é preciso observar cinco componentes: tratamento nutricional, exercício físico, monitoração glicêmica, terapia farmacológica e educação para a saúde (SMELTZER; BARE, 2005).

Consideremos que a educação em saúde é imprescindível para que as intervenções da equipe de saúde alcancem as metas propostas.

O tratamento nutricional deve ter como metas: satisfazer as necessidades energéticas, fornecer todos os constituintes alimentares essenciais, alcançar e manter um peso adequado, manter os níveis de glicemia estáveis durante o dia, evitando flutuações e reduzindo o risco de complicações, diminuir o nível sérico de lipídios para reduzir o risco de doença macrovascular.

O exercício físico diminui a glicemia e reduz os fatores de risco cardiovasculares, pois aumenta a captação de glicose pelos músculos, otimiza a utilização de insulina, melhora a circulação sanguínea e o tônus muscular. É necessário, porém, que seja orientado o uso de calçados confortáveis, de equipamentos de proteção, evitar exercitar-se em calor ou frio extremos, ou em períodos de controle metabólico deficiente, inspecionar os pés após o exercício.

O monitoramento dos níveis de glicemia é fundamental para o controle de DM, já que permite o ajuste do regime de tratamento e o controle dos níveis de glicose sanguínea, detecta e previne a hipoglicemia e hiperglicemia, reduzindo o aparecimento das complicações em longo prazo. Para o automonitoramento da glicemia, existem vários métodos, e muitos envolvem a obtenção de uma gota de sangue a partir de uma punção digital, a qual é aplicada a uma fita com reagente especial. O medidor apresenta uma leitura digital do valor da glicose no sangue. A aplicação de pouco ou muito sangue na fita, limpeza e manutenção imprópria do biossensor, dano nas fitas reagentes por exposição ao calor ou umidade e uso de fitas vencidas podem apontar falso resultado (SMELTZER; BARE, 2005).

O tratamento farmacológico visa a facilitar a captação da glicose pelo músculo, tecido adiposo e células hepáticas, com a perda da capacidade para produzir insulina no diabetes tipo 1; a insulina exógena deverá ser administrada durante toda a vida; já no diabetes tipo 2, a insulina exógena pode ser necessária com a evolução da doença ou com a falha da terapia nutricional e dos hipoglicemiantes orais.

2.5.3 Complicações do *Diabetes mellitus*

As complicações do DM podem ser classificadas em agudas e crônicas. As complicações agudas estão relacionadas com os desequilíbrios dos níveis de glicose no sangue por um período de tempo curto e são elas: hipoglicemia, cetoacidose diabética e a síndrome hiperosmolar hiperglicêmica não cetótica (HHNS, também chamada de coma não cetônico hiperosmolar hiperglicêmico ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmica).

A hipoglicemia, queda da glicemia abaixo de 60 ou 50 ml/dl, acarreta sudorese, tremor, taquicardia, palpitação, incapacidade de concentração, fome, cefaleia, tontura, confusão, lapsos de memória, dormência nos lábios e língua, fala arrastada, comprometimento da coordenação, nervosismo, alterações emocionais, comportamento irracional ou agressivo, visão dupla, sonolência, convulsões, dificuldade em despertar ou perda da consciência (SMELTZER; BARE, 2005).

A cetoacidose metabólica surge quando a quantidade de insulina é inadequada, ausente ou em pequena quantidade, resultando em distúrbios no metabolismo dos carboidratos, proteínas e lipídios, que se manifesta pela hiperglicemia, desidratação, perda de eletrólitos, acidose (SMELTZER; BARE, 2005).

A síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica consiste em uma elevação da glicemia sem a presença de corpos cetônicos. Ocorre pela falta de insulina efetiva (resistência à insulina) e é mais comum nas pessoas com *Diabetes mellitus* tipo 2. Esta hiperglicemia persistente provoca diurese osmótica, resultando em perda de água e eletrólitos. Como mecanismo compensatório da pressão osmótica, a água desloca-se do espaço intracelular para o espaço extracelular. Com a glicosúria e a desidratação, ocorrem a hipernatremia e a osmolaridade aumentada. O principal

efeito precipitante é o estresse fisiológico, que pode ser ocasionado por uma infecção, cirurgia, AVC, infarto do miocárdio. A principal diferença entre a HHNS e a cetoacidose metabólica é que na HHNS não há a presença de cetose e acidose, devido à diferença dos níveis de insulina. Na cetoacidose, nenhuma insulina está presente e isso promove a quebra de glicose, proteínas e lipídios armazenados. Na HHNS, a insulina está presente, porém em níveis demasiadamente baixos para evitar a hiperglicemia, mas suficientemente altos para evitar a cetoacidose.

As complicações crônicas podem ser classificadas em macroangiopatia e microangiopatia. A macroangiopatia é a aceleração dos processos de aterosclerose das grandes artérias. Principais doenças relacionadas à macroangiopatia são: doença vascular cerebral, coronariopatia, doença vascular periférica. A microangiopatia diabética é o comprometimento da funcionalidade e da integridade dos capilares sanguíneos. As principais patologias relacionadas com as microangiopatias são: retinopatia diabética, nefropatia diabética, neuropatia (SMELTZER; BARE, 2005).

Você sabia que a hipoglicemia nas pessoas idosas pode passar despercebida e, por esta razão, resultar em quedas e até mesmo em fraturas? Nos casos de atenção a idosos com lesões decorrentes de quedas, procure investigar se esses usuários estão fazendo acompanhamento de suas condições de saúde, dentre as quais a glicemia.

As pessoas idosas podem não reconhecer os sintomas de hipoglicemia. Sua ocorrência nessa faixa etária pode ser em razão da omissão de refeições em virtude de apetite diminuído ou de limitações funcionais. Mas, independentemente de faixa etária, a desidratação deve ser uma preocupação nas pessoas que apresentam níveis sanguíneos de glicose cronicamente elevados.

O tratamento das complicações do diabetes deve ser o objetivo da equipe de saúde. Assim, a equipe deve estar atenta para oferecer informações e cuidados que evitem a cegueira e a amputação de membros do indivíduo com diabetes por meio da identificação e do tratamento precoces da retinopatia e das úlceras de pés. Isso pode fazer a diferença em termos de hospitalização e de autonomia para a pessoa com DM.

A duração de DM (superior a dez anos), idade acima de 40 anos, história de tabagismo, pulsos periféricos diminuídos, sensibilidade diminuída, deformidades anatômicas ou áreas de pressão (joanetes, calos, dedos em martelo), história de úlceras de pé e amputações prévias são fatores de alto risco para o desenvolvimento de infecções nos pés.



Link

Accesse o Caderno de Atenção Básica, n. 16, sobre *Diabetes mellitus*, visitando o endereço: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf>.

Já para conhecer melhor a Sociedade Brasileira de Diabetes, accesse: <<http://www.diabetes.org.br/>>.

2.6 Doença renal crônica

Segundo a Sociedade Brasileira de Nefrologia, estima-se que, no Brasil, dez milhões de indivíduos tenham algum grau de Doença Renal Crônica (DRC). Conforme o censo da Sociedade Brasileira de Nefrologia, existem mais de noventa mil brasileiros em diálise (90% hemodiálise), o que significa um aumento de mais de 100% na última década. Dados sugerem que a prevalência de 50/100.000 no Brasil de DRC é subestimada, principalmente quando confrontada à realidade de outros países. Nos Estados Unidos, a prevalência é de 110/100.000, e no Japão 205/100.000, conforme dados da Sociedade Brasileira de Nefrologia (2012).

O mesmo documento aponta como causas da DRC, em percentuais:

- 35,2% para hipertensão;
- 27,5% para diabetes;
- 12,6% para glomerulonefrites;
- 4,2% para doença renal policística;
- 20,5% para outros diagnósticos.

Na Atenção Básica, é importante realizar o rastreamento para identificar a DRC. Para o diagnóstico, é utilizada a dosagem de creatinina no sangue e a pesquisa de proteína no exame de urina, utilizando-se a dosagem da creatinina e, através de fórmulas pré-estabelecidas, estima-se o ritmo da filtração glomerular. Por definição, é portador de DRC qualquer adulto com idade ≥ 18 anos que, por um período três meses, apresentar filtração glomerular $< 60 \text{ mL/min}$, assim como aqueles com $\text{FG} > 60 \text{ mL/min/1,73m}^2$, mas com alguma evidência de lesão da estrutura renal (anormalidade urinária como, por exemplo, hematúria glomerular e/ou microalbuminúria/proteinúria ou uma alteração em exame de imagem renal, como cálculo, cisto, etc.). Os indivíduos podem ser classificados nos vários estágios da DRC:

- Doença renal sem alterações na filtração glomerular (Estágio I)
- Doença renal leve (Estágio II)
- Doença renal moderada (Estágio III)
- Doença renal grave (Estágio IV)
- Doença renal avançada (Estágio V).



Link

Leia este e outros documentos relacionados à DRC, acessando o *site* da Sociedade Brasileira de Nefrologia.

Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/index.php?previna&menu=6>>.

2.7 Considerações gerais sobre as doenças respiratórias

O sistema pulmonar é composto pelos pulmões, vias aéreas condutoras e vasos sanguíneos associados, e tem como função a troca de gases, ou seja, liberar o oxigênio para as células e remover o dióxido de carbono a partir das células. Ele também funciona como um reservatório de sangue para o ventrículo esquerdo quando é necessário reforçar o débito cardíaco, como um protetor para a circulação sistêmica ao filtrar resíduos e partículas, como um regulador de líquidos ao manter a água afastada dos alvéolos e como um fornecedor das funções metabólicas quando produz surfactantes (NETTINA, 2001; CORPORATION, 2003).

Os pulmões têm cerca de trezentos milhões de alvéolos pulmonares, semelhantes a cachos de uvas, são preenchidos de ar, e a troca de gás que realizam ocorre por meio de difusão. Compõem-se de células do tipo I, que formam as paredes alveolares (onde ocorre a troca gasosa), e células do tipo II, as quais produzem o surfactante alveolar que possibilita aos alvéolos a expansão uniforme, impedindo que se colabem durante a expiração.

O bom desempenho do sistema respiratório também se mostra no bom desempenho de três fatores que regulam a quantidade de ar que alcança os pulmões, transportando oxigênio e expelindo gás carbônico: volume e capacidade pulmonares, complacência e resistência ao fluxo de ar.

É importante lembrar também que a ventilação e a perfusão devem estar equiparadas ao máximo, produzindo uma relação V/Q de 4:5 ou de 0,8 (CORPORATION, 2003). Para compreender o mecanismo das doenças respiratórias, é essencial que você conheça a mecânica respiratória.

Para lembrar, sugerimos que você faça, neste instante, uma revisão da anatomia e da fisiologia do sistema respiratório, aproveitando para aprofundar seu aprendizado sobre o assunto.

As doenças ou traumatismos podem interferir na função vital deste sistema ao afetar qualquer uma das seguintes estruturas: vias aéreas condutoras, pulmões, mecanismo de respiração e controle neuroquímico da ventilação.

Doenças respiratórias, quando não tratadas adequadamente, provocam a insuficiência respiratória, classificada como aguda, crônica ou aguda e crônica combinadas. A Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é um distúrbio pulmonar de longo prazo, cuja característica é a resistência ao fluxo de ar. Estes distúrbios incluem asma, bronquite crônica e enfisema. Os fatores predisponentes para a DPOC são: infecções respiratórias recorrentes ou crônicas, alergias e fatores hereditários (CORPORATION, 2003).

O tabagismo é o fator mais importante de predisposição à DPOC, pois ele diminui a capacidade da ação ciliar e da função macrofágica que causam a inflamação da via aérea, aumento da produção de muco, destruição alveolar e fibrose peribronquiolar.

2.7.1 A asma

A asma é um problema reativo crônico das vias aéreas que pode se apresentar como uma crise aguda. O bronco espasmo, secreção de muco aumentada, o edema na mucosa produzem a obstrução episódica das vias aéreas. Pode acontecer em qualquer idade, mas sua incidência é maior em crianças menores de 10 anos. Cerca de um terço de todas as pessoas com asma possui um parente imediato, pelo menos, com asma (CORPORATION, 2003). A asma resulta de uma reação exagerada, além do normal, dos revestimentos bronquiais a vários estímulos que causam espasmos episódicos da musculatura lisa e contraem gravemente as vias aéreas. Existem fatores extrínsecos (asma atópica) ou intrínsecos (asma não atópica). A asma atópica é sensível a alérgenos externos específicos, como pólen, descamação animal, poeira ou mofo doméstico, aditivos alimentares, dentre outros. Ela começa na infância e é acompanhada de outras alergias hereditárias, como eczema e rinite alérgica. A asma não atópica ocorre após uma infecção grave no trato respiratório em indivíduos adultos, sem nenhuma implicação de substância externa. São também fatores desencadeantes o estresse emocional, irritantes, fadiga, alterações endócrinas, variações de umidade e temperatura, e exposição a gases nocivos (CORPORATION, 2003).

Os sinais e os sintomas variam desde sibilos e dispneia até insuficiência respiratória potencialmente fatal. As manifestações clínicas incluem respiração ofegante breve, tosse e dispneia de esforço; dispneia ofegante breve (dura menos de uma hora), intermitente, tosse ou dispneia uma ou duas vezes por semana. Na vigência de angústia respiratória acentuada, respiração ofegante acentuada ou ausência de sons de respiração, pulso paradoxal maior que 10 mmHg e contrações da parede torácica, temos instalada uma crise asmática grave (AMBROSE et al., 2005).

O tratamento preventivo da asma é considerado a melhor terapia. Por isso, busque identificar na comunidade: a prevalência e incidência dos casos de doenças respiratórias; as condições de moradia, principalmente em relação à umidade, ao número de ocupantes em um mesmo quarto, cômodo ou casa; exposição à inalação de substâncias tóxicas (fumaça industrial, fumaça de fogão a lenha, monóxido de carbono proveniente de automóveis, cigarros e outros fumos, agrotóxicos, minas de carvão, dentre outros).

Nem todos os problemas poderão ser resolvidos ou orientados exclusivamente pelos profissionais da Atenção Básica, mas a equipe de saúde pode buscar alternativas em conjunto com a comunidade e outros setores, como, por exemplo: a regularização das empresas e indústrias poluentes junto a órgãos ambientais; Equipamento de Proteção Individual (EPI) a ser fornecido, com orientação sobre sua utilização, aos trabalhadores que lidam com substâncias tóxicas, por intermédio da vigilância sanitária de sua cidade e sindicatos de trabalhadores; orientações de segurança aos trabalhadores rurais por intermédio das cooperativas e fabricantes dos produtos utilizados, dentre outras estratégias. O importante é o profissional de saúde aproximar-se da realidade e considerar a multiplicidade de fatores causais dos problemas de saúde e suas alternativas, além de saber que não está sozinho. Portanto, procure identificar os setores e recursos disponíveis em sua região.

O tratamento medicamentoso envolve a administração de três drogas:

- broncodilatores (diminuem a broncoconstrição, reduzem o edema brônquico das vias aéreas e aumentam a ventilação pulmonar);
- corticoesteroides (além de broncodilatadores, são anti-inflamatórios e imunossupressivos); e
- os estabilizadores de mastócitos (são eficazes profilaticamente na asma atópica sazonal) (AMBROSE et al., 2005).

Ainda pode ser necessária a oxigenioterapia para corrigir a hipoxemia, diminuir a dispneia e a cianose. Os exercícios de relaxamento, como a *yoga*, auxiliam a recuperação de uma crise de asma (CORPORATION, 2003).



Na Prática

De que forma você pode evitar as crises de asma? Quais as ações de enfermagem possíveis? Converse com o profissional da Educação Física, membro da equipe do NASF, sobre as práticas desportivas que podem contribuir para a saúde da comunidade. Com o fisioterapeuta, sobre quais as orientações para tratamento e reabilitação pulmonar de indivíduos portadores de DPOC, como manobras de higiene brônquica, reeducação respiratória, principalmente durante as crises.

Esses profissionais poderão instrumentalizar os profissionais da Equipe de Saúde a ampliar suas ações junto a essa população. O apoio de profissionais da psicologia também pode ampliar a atenção à saúde, permitindo o acolhimento das repercussões emocionais, que por vezes desencadeiam crises de espasmos na musculatura respiratória.

2.7.2 A bronquite crônica

A bronquite crônica é uma inflamação dos brônquios causada por irritantes ou infecção, na qual a hipersecreção de muco e tosse produtiva crônica duram por três meses no ano e ocorrem, pelo menos, por dois anos consecutivos. Sua característica peculiar é a obstrução ao fluxo de ar, causada pelo muco.

É consequência da inalação de irritantes por um período de tempo prolongado, provocando resistência das vias aéreas pequenas e grave desequilíbrio de V/Q, com diminuição da oxigenação arterial. Como o impulso respiratório está diminuído, as pessoas apresentam pouca ventilação. A hipóxia crônica estimula a produção de eritropoetina pelos rins, incitando a produção de eritrócitos, levando à policitemia. Apesar de os níveis de hemoglobina serem elevados, a quantidade de hemoglobina que entra em contato com o oxigênio é baixa, causando a cianose.

As manifestações clínicas dessa doença incluem tosse produtiva, dispneia, cianose, uso de musculatura acessória para respiração e hipertensão pulmonar. À medida que a hipertensão pulmonar permanece, aumenta a pressão diastólica final do ventrículo direito, conduzindo à *Cor Pulmonale*, condição na qual existe hipertrofia ventricular direita com insuficiência cardíaca do lado direito (AMBROSE et al., 2005).

O tratamento mais eficaz consiste em evitar os poluentes do ar. Em caso de tabagismo, a pessoa deve ser orientada a parar de fumar; em caso de atividade laboral que cause exposição à poeira e substâncias irritativas ao trato respiratório, devem ser orientadas a mudança de função ou o uso de Equipamentos de Proteção Individual (EPI), dentre outras condições e necessidades, em que o profissional da Atenção Básica deve avaliar e dar o encaminhamento mais adequado.

Inclui ainda o uso de antibióticos, broncodilatadores, hidratação adequada, fisioterapia respiratória, envolvendo orientações sobre higiene brônquica e reeducação da musculatura respiratória, tratamentos com nebulizadores ultrassônicos e orientações sobre a manutenção da higiene desses equipamentos, sobre uso de corticoesteróides, diuréticos e oxigenoterapia.

2.7.3 Enfisema

O enfisema consiste numa dilatação anormal e permanente do ácino, acompanhada pela destruição das paredes alveolares. Ao contrário da asma e da bronquite crônica, a origem da obstrução é nas alterações tissulares e não na produção de muco. No enfisema, a inflamação recorrente está associada à liberação de enzimas proteolíticas oriundas das células pulmonares, provocando dilatação irreversível dos espaços aéreos distais dos bronquíolos terminais. Esta situação destrói as paredes alveolares, rompendo a elasticidade e provocando a perda de tecidos fibrosos e musculares, tornando os pulmões menos complacentes.

Como sintoma inicial, aparece a dispneia ao esforço; tardiamente, o tórax fica em forma de barril devido à distensão pulmonar excessiva, expiração prolongada e murmúrios ventilatórios diminuídos. Observa-se que na inspiração a musculatura acessória é utilizada e na expiração os músculos abdominais auxiliam a saída forçada de ar. Faz parte do tratamento o aconselhamento sobre como evitar o tabagismo e a poluição do ar. Por outro lado, existe a necessidade de medicamentos, tais como broncodilatadores, antibióticos, imunizações (gripe e pneumonia pneumocócica), hidratação adequada, fisioterapia respiratória, reabilitação pulmonar e oxigenoterapia com ajustes baixos para elevar a pressão parcial de oxigênio.

2.7.4 O cuidado de pessoas com doença pulmonar obstrutiva crônica

A dispneia constante e a fadiga podem ser fatores que deixam a pessoa portadora de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) irritada e temerosa, levando-a, muitas vezes, ao pânico. Portanto, é necessário que o profissional de saúde compreenda essa pessoa e a encoraje a manter atividades para que tais sintomas sejam controlados, aumentando a sensação de bem-estar.

Sabe-se que qualquer fator que interfira na ventilação pulmonar induz ansiedade, depressão e alteração de comportamento. Por isso, a psicologia pode complementar a assistência ou orientar atividades em grupos de apoio a esses usuários.

Em casos em que haja necessidade de associação de medicação (para o trato respiratório e alterações psiquiátricas), é necessário o diálogo com o médico psiquiatra e o farmacêutico (profissionais previstos na equipe do NASF) para auxiliar na identificação de alterações provocadas por medicamentos, reações adversas, interações medicamentosas, etc., com vistas a melhor orientar o usuário sobre os horários adequados para a ingestão dos medicamentos e quais as formulações mais indicadas a cada caso.

Para ajudar a pessoa com DPOC, é primordial que se promovam condições para uma vida melhor. É necessário ajudar essa pessoa a preservar a função pulmonar e aliviar os sintomas tanto quanto possível, especialmente na vigência de quadros agudos. Em casos assintomáticos, a equipe pode auxiliar propondo estratégias que aumentem a tolerância aos exercícios e previnam a perda da função pulmonar.

Você poderá orientar a pessoa com DPOC a evitar ambientes excessivamente quentes ou frios, visto que o calor aumenta as necessidades corporais de oxigênio e o frio tende a provocar broncoespasmo. Em casos que envolvem fumantes, você poderá relatar sobre os efeitos nocivos do fumo e orientar que parar de fumar é condição essencial para a melhora. Discutir o caso com um profissional da psicologia pode auxiliar nas orientações e pactuações para a mudança de hábitos nocivos à saúde, como o tabagismo.

2.8 Considerações e conceitos sobre lesões neurológicas

O Sistema Nervoso Central (SNC) coordena e organiza as funções de todos os demais sistemas corpóreos. É uma rede composta pelo cérebro e medula espinhal, que controla o organismo e o sistema nervoso periférico (SNP), formado pelos nervos cranianos e espinhais, estabelecendo a comunicação entre o SNC e as partes distais do corpo. O sistema nervoso é um conjunto coordenado e em constante interação, possibilitando a integração das habilidades, como pensar, agir, sentir, locomover-se, etc., a um só tempo.

Agora, sugerimos que você faça uma revisão sobre a fisiologia do sistema nervoso central e periférico. Anote os pontos principais, aqueles que ajudarão você a compreender o funcionamento do sistema nervoso. Assim poderemos continuar nosso estudo com um melhor aproveitamento.

Muitas são as doenças do sistema nervoso, no entanto abordaremos apenas o acidente vascular encefálico, pois suas sequelas levam a incapacidades que, em muitas vezes, repercutem diretamente na atenção à saúde na Atenção Básica.

O acidente vascular encefálico (AVE), também conhecido como derrame, é uma diminuição súbita da circulação cerebral em um ou mais vasos sanguíneos que suprem o cérebro. Com isto, o aporte de oxigênio é interrompido ou diminuído, provocando lesão ou necrose grave nos tecidos cerebrais. Consiste numa das principais causas de incapacidade neurológica e pode atingir pessoas em qualquer idade, embora afete principalmente idosos. Suas causas básicas são a trombose, o embolismo e a hemorragia.

Quanto mais cedo for estabelecida a circulação cerebral após o AVE, melhores serão as chances de recuperação completa da pessoa que o sofreu.

O tratamento engloba atendimento de urgência em nível hospitalar e reabilitação física, no âmbito da Atenção Básica, com a incorporação de regimes dietéticos e medicamentosos, com o objetivo de diminuir os fatores de risco, auxiliando a pessoa após o AVE e seus familiares a se adaptarem aos déficits específicos, como o possível comprometimento da fala e a paralisia corporal parcial ou total. A terapia medicamentosa inclui trombolíticos, anticonvulsivantes, laxantes, corticosteroides, anticoagulantes e analgésicos. A terapia não medicamentosa inclui o apoio psicológico, a fonoterapia e a fisioterapia motora.



Link

Visite os sítios do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde de Santa Catarina e de Florianópolis e acompanhe as iniciativas governamentais de promoção da saúde e de apoio à cessação do hábito de fumar. Segue o endereço eletrônico: BRASIL. Ministério da Saúde. Orientação e preservação: tabagismo. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1446>.

Agora, convidamos você a refletir sobre uma situação. Em uma comunidade em que a maior parte dos homens adultos trabalha na indústria carbonífera, os profissionais da saúde enfrentam a dura realidade de acompanhar diversos usuários (trabalhadores e moradores próximos às indústrias) com problemas respiratórios graves, como enfisema pulmonar e bronquite. Preocupados com essa realidade e desejando reduzir o número de casos, levam esta situação para discussão com os profissionais do NASF. Os profissionais que atuam naquele NASF, em especial o médico acupunturista, o médico do trabalho, o farmacêutico, o fisioterapeuta, o assistente social e o médico internista (clínica médica) propõem um projeto de saúde no território (PST), com a incorporação de ações educativas com a comunidade, de forma articulada com a Secretaria de Segurança Ambiental e a Secretaria de Vigilância Sanitária. Elaborada, a proposta é debatida no Conselho Local de Saúde a fim de discutir com a comunidade o problema de saúde percebido pela equipe, para conhecer o entendimento da população sobre a situação, o estabelecimento de prioridades em saúde daquele território e a aceitação, por parte da comunidade, do PST proposto, suas contribuições, modificações e pactuações.

Na sua comunidade, qual o principal problema de saúde da população adulta? Hipertensão arterial sistêmica? *Diabetes mellitus*? Doenças respiratórias? Você e sua equipe já conversaram sobre qual a prioridade no território onde atua? E sobre a possibilidade de articular ações com os profissionais do NASF ou outros setores? Reflita, discuta, identifique as necessidades regionais e possibilidades de atuação, com os profissionais da Atenção Básica e os demais envolvidos.

SÍNTESE DA UNIDADE

A discussão acerca das doenças crônicas que mais assolam a população em nosso país foi o tema desta unidade. O estudo buscou ressaltar quais são os sintomas e os fatores de risco de tais doenças, assim como seu tratamento medicamentoso e não medicamentoso. Procurou-se focar o papel das equipes da Atenção Básica, em especial a enfermagem, na melhoria das condições de vida dos usuários da comunidade. Com isto, buscamos reforçar o trabalho interdisciplinar em equipe diante dessas doenças, promovendo ações de promoção da saúde, assim como diagnósticos e tratamentos precoces e as medidas de reabilitação e de recuperação da saúde.

REFERÊNCIAS

AMBROSE, J. C. et al. A minus-end-directed kinesin with plus-end tracking protein activity is involved in spindle morphogenesis. **Molecular Biology of the Cell**, v. 16, p. 1584–1592, 2005.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei Ordinária n. 7.498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 26 jun. 1986. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm>. Acesso em: 9 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.PDF>. Acesso em: 8 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sishiperdia**. 2009. Disponível em: <<http://hiperdia.datasus.gov.br/>>. Acesso em: 17 ago. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa. Departamento de Apoio à Gestão Participativa. **Política Nacional de Saúde Integral da População Negra: uma política do SUS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_saude_integral_populacao_negra.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

CARNEIRO, G. et al. Influência da distribuição da gordura corporal sobre a prevalência de hipertensão arterial e outros fatores de risco cardiovascular em indivíduos obesos. **Revista Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 306-311, 2003.

CORPORATION, S. **Anatomia e fisiologia: série incrivelmente fácil**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

LOTUFO, P. A.; BENSEÑOR, I. M. Stroke mortality in Brazil: one example of delayed epidemiological cardiovascular transition. **International Journal of Stroke**, v. 4, n. 1, p. 40-41, 2009.

MACIEL, I. C. F.; ARAÚJO, T. L. Consulta de enfermagem: análise das ações junto a programas de hipertensão arterial, em Fortaleza. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 2, mar./abr. 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010>. Acesso em: 08 jun. 2012.

MAIA, A. R.; VAGHETI, H. H. O cuidado humano revelado como acontecimento histórico e filosófico. In: SOUZA, F. G. M. de; KOERICH, M. S. (org.). **Cuidar-cuidado: reflexões contemporâneas**. Florianópolis: Papa-Livro, 2008.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface**, Botucatu, v. 14, p. 593-605, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/icse/2010nahead/aop0510.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção à saúde do adulto: hipertensão e diabetes**. Belo Horizonte: SAS/MG, 2006. 198 p. Disponível em: <<http://www.saude.mg.gov.br/publicacoes/linha-guia/linhas-guia/LinhaGuiaHiperdia.pdf>>. Acesso em: 10 jul. 2012.

NETTINA, S. M. **Prática de enfermagem**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

PADILHA, M. I. C. de S.; SILVA, D. M. G.; BORENSTEIN, M. S. Enfermagem ambulatorial: o cliente em situação crônica da saúde. In: SANTOS, I. dos et al. **Enfermagem assistencial no ambiente hospitalar: realidade, questões, soluções**. São Paulo: Atheneu, 2004. p. 159-178.

SARNO, F.; MONTEIRO, C. A. Importância relativa do índice de massa corporal e da circunferência abdominal na predição da hipertensão arterial. **Revista Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 788-796, 2007.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. Os rins em defesa da vida. **Ofício**. São Paulo, 2012. Disponível em: <<http://www.sbn.org.br/pdf/padrao.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2012.

SOUZA, L. N. A. de. **Perspectivas do agir comunicativo implícitas no discurso da enfermagem**. 2005. 311 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases**. Geneva: World Health Organization, 2000.

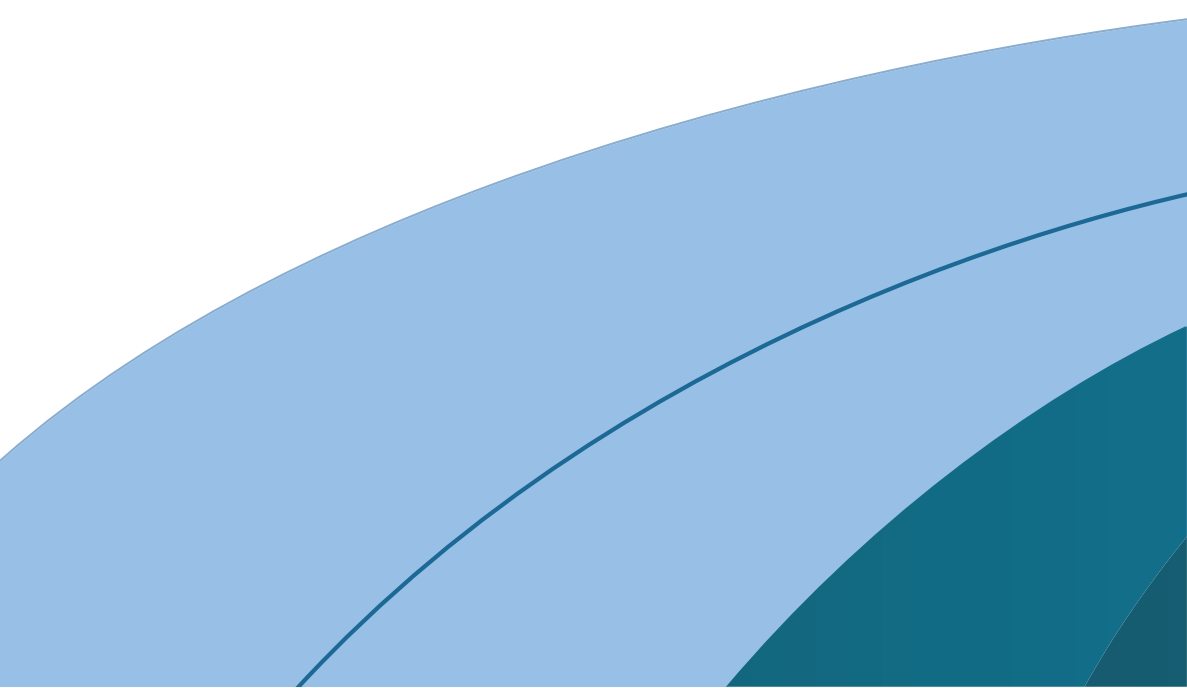
WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). **Global status report on noncommunicable diseases 2010**. Geneva: World Health Organization, 2011.

WILD, S. et al. Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047-1053, 2004.

WOODCOCK, J. et al. Energy and transport. **Lancet**, v. 370, n. 9592, p. 1078-1088, 2007.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Enfermagem

Unidade 3



3 O USUÁRIO COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS

Sempre ouvimos dizer que um dos grandes problemas de saúde pública do Brasil está relacionado à alta prevalência de doenças transmissíveis, algumas delas com importantes índices de mortalidade. Como são doenças preveníveis, sempre foi reconhecido que este quadro é tão mais grave quanto piores as condições de vida da população e piores os serviços destinados à sua saúde. Por este motivo, são consideradas doenças que atingem mais gravemente os países menos desenvolvidos. Mas será que esta situação permanece assim?

Nesta unidade, você poderá recordar conteúdos básicos importantes e atualizar-se quanto à dinâmica dessas doenças, especialmente no cenário brasileiro. Com isso, você poderá repensar a situação de sua área de abrangência e detectar possíveis lacunas de conhecimento sobre esta realidade.

Convidamos você para, nesta unidade, rever alguns conceitos sobre as doenças transmissíveis e visualizar dados atualizados sobre elas, bem como entender o papel da equipe de saúde diante desta problemática, papel este cuja base deve ser o conhecimento científico da área, que permite desenvolver uma atenção integral aos usuários dos serviços de saúde.

3.1 Considerações gerais sobre doenças transmissíveis

Normalmente, não há qualquer dificuldade em compreender o que são doenças transmissíveis, já que um conjunto ampliado de doenças é assim agrupado e denominado por uma característica comum, a transmissão; ou seja, o agente causador (infeccioso ou toxina) é transmitido diretamente de um ser vivo infectado ou reservatório, a outro ser vivo, ou indiretamente, por meio de um hospedeiro intermediário, de um vetor ou do próprio meio ambiente ao ser vivo.

Essas doenças também são conhecidas como infecciosas, exatamente porque implicam “penetração, alojamento e, em geral, multiplicação de um agente etiológico animado no organismo de um hospedeiro, produzindo-lhe danos, com ou sem aparecimento de sintomas clinicamente reconhecíveis” (WALDMAN; ROSA, 1998).



Link

Acesse o *site* da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (sala de leitura) e conheça a definição presente no manual “*Saúde e cidadania*”, no capítulo que trata da dinâmica das doenças infecciosas. Lá você poderá relembra, por exemplo, alguns termos relacionados à infecção. Consulte o *site* e conheça claramente algumas formas de infecção. Também neste *site* você vai encontrar subsídios para retomar outros conceitos e esquemas que ajudam a entender os principais fatores envolvidos no comportamento das doenças infecciosas. Você se lembra da cadeia do processo infeccioso ou da história natural das doenças? Apesar da limitação desses esquemas interpretativos em abarcar toda a complexidade das doenças como fenômenos humanos e sociais, eles precisam ser considerados em alguns momentos.

SANTA CATARINA. Secretaria Estadual da Saúde. Saúde e Cidadania. Disponível em: <http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/05_01_02.html>.

Além de considerar a cadeia do processo infeccioso, a equipe de saúde também deve considerar em relação à doença infecciosa:

- a) sua estrutura epidemiológica, a qual consiste no comportamento das doenças na população, no tempo e no espaço, de acordo com a interação dos diversos fatores relacionados, ligados ao agente, ao meio e ao hospedeiro;
- b) as características do seu reservatório;
- c) as vias de sua eliminação;
- d) as características do seu agente, como infectividade, patogenicidade, virulência, imunogenicidade;
- e) características do ambiente físico e social em que ocorre;
- f) seus tipos de transmissão, direta ou indireta;
- g) os fatores envolvidos na resposta do novo hospedeiro à infecção (susceptibilidade, resistência, imunidade, mecanismos de ação patogênica).

Apesar de todos esses conceitos parecerem de fácil definição, o tema doenças infecciosas é bastante complexo por diversos fatores, como, por exemplo:

- a) a existência de um grande número de doenças que possuem as mesmas características daquelas consideradas como infecciosas;
- b) a variedade de formas de manifestação de tais doenças, que muitas vezes fogem de quadros clínicos típicos;
- c) a situação epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil e no mundo;

- d) a relação dessas doenças com a pobreza e a desigualdade social;
- e) o fato de, apesar das mudanças no perfil dessas doenças, ainda se constituírem em grupo significativo no âmbito dos grandes problemas de saúde pública;
- f) o fato de o impacto dessas doenças na saúde das populações depender, em grande parte, de vulnerabilidades socialmente determinadas, como de estratégias e medidas de controle e prevenção.



Na Prática

Quais dos elementos acima você reconhece na sua experiência? Que outros fatores tornam o tema mais complexo na sua realidade? Pense nisso! Lembre-se de que, cada vez que voltamos a estudar este conjunto de doenças, somos levados a pensar em uma sequência de ideias, como conceitos que se relacionam e que conduzem a outros. Consulte e sintetize tais conceitos.

Diante da complexidade que envolve as doenças infecciosas, talvez você tenha encontrado:

- a) dificuldade em lembrar-se de algumas delas;
- b) dificuldade em formar uma ideia mais completa ou exata acerca da sua ocorrência na população da sua área;
- c) dificuldade no reconhecimento do modo dinâmico com que essas doenças ocorrem;
- d) dificuldade em entender como este conjunto de doenças pode ter sido classificado.



Na Prática

A esta altura, você já deve estar pensando em diversas doenças que você conhece, seja por leituras, seja por situações de atendimento de indivíduos e grupos. Tente relembrar diferentes doenças que compõem este grupo e enumere-as em uma lista à parte. Agora, coloque ao lado de cada doença um número de 1 a 5, concedendo maior valor para aquelas que você considera mais importantes ou com maior impacto na população de sua área.

Em parte, dificuldades de avaliação da situação das doenças infecciosas em uma população devem-se ao chamado fenômeno “iceberg”. Veja a seguir.

Para classificar este conjunto de doenças, dispomos de diferentes critérios. Um exemplo de classificação desponta da análise das tendências do comportamento dessas doenças em três grandes subgrupos: transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência ou de redução em período ainda recente e doenças transmissíveis emergentes e reemergentes.

As doenças transmissíveis com tendência descendente são aquelas para as quais os instrumentos de prevenção e controle já demonstraram eficácia, com conseqüente declínio de sua incidência. Algumas já atingiram a meta de erradicação, como a varíola, a poliomielite, ou de eliminação, como o sarampo; para outras, ainda se espera tal resultado nos próximos anos, como a raiva humana transmitida por animais domésticos, a rubéola congênita e o tétano neonatal. Por fim, existem aquelas em declínio, como a difteria, a rubéola, a coqueluche e o tétano acidental (todas imunopreveníveis), ou a doença de Chagas e a Hanseníase (endêmicas), a febre tifoide, a oncocercose, a filariose e a peste (ocorrência em áreas restritas) (BRASIL, 2012a).

São classificadas como doenças transmissíveis com quadro de persistência ou de redução em período ainda recente aquelas em que a incidência ainda é recorrente, ou recentemente foram reduzidas e por este motivo necessitam de controle ainda intensivo.

Doenças infecciosas emergentes e reemergentes são aquelas que foram identificadas recentemente na população humana, ou que já existiam, mas que ampliaram sua distribuição geográfica e incidência (como a cólera e o dengue, ou o recrudescimento da malária na Amazônia).

Você pode imaginar o que poderia estar associado a tais processos? Pense em fatores relacionados a mudanças ambientais geradas pelos modelos de desenvolvimento econômico, nos processos migratórios e urbanização, nos hábitos alimentares, nas tecnologias e nos serviços de saúde e na própria evolução dos microrganismos. Com certeza, você poderá se lembrar de inúmeras situações que estão envolvidas nas mudanças do perfil (transição demográfica e transição epidemiológica) dessas doenças.

Agora podemos aproveitar para tratar de alguns exemplos importantes: a tuberculose e as hepatites. Vejamos, a seguir, por que elas são tão importantes.

3.2 Tuberculose

Segundo a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), a tuberculose (TB) “é uma doença antiga, mas não é passado”. Esse é um alerta para a situação de emergência global da tuberculose, enfermidade reemergente desde 1993, que é hoje a maior causa de morte por doença infecciosa em adultos.

Estima-se que a infecção pelo *Mycobacterium tuberculosis* atinge dois bilhões de pessoas (um terço da população mundial), dos quais cerca de nove milhões desenvolverão a doença e dois milhões morrerão a cada ano. Outro fato importante a ser lembrado em relação à referida doença é que este sério problema de saúde pública está profundamente ligado à precariedade das condições de vida, à pobreza e ao estigma social, que prejudica a adesão ao tratamento por parte dos portadores ou familiares/contactantes. Além disso, a situação da doença no mundo vem se agravando com o surgimento da epidemia de AIDS, a emergência de focos de tuberculose multirresistente, aliados às drogadições, especialmente o alcoolismo.

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), cinquenta milhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo da tuberculose, cerca de 85 a 100 mil casos novos são notificados anualmente (incidência de 47/100.000 habitantes) no país (BRASIL, 2012b).

São verificados, em nosso país, cerca de seis mil óbitos por ano em decorrência da doença. As metas internacionais (WHO, 2012) e pactuadas pelo governo brasileiro são de efetivo controle da tuberculose no país. Fazem parte destas metas: identificar 70% dos casos de tuberculose estimados e curá-los em 85%, o que inclui reduzir as taxas de abandono de tratamento e surgimento de bacilos resistentes.

Para promover o acesso universal da população às ações assistenciais, foi instituído o Programa Nacional de Controle da Tuberculose (PNCT), de caráter unificado (esferas federal, estadual e municipal), que desenvolve ações preventivas e de controle do agravo, além de garantir a distribuição gratuita de medicamentos e insumos.

Você deve se recordar dos cinco elementos que compõem a estratégia recomendada pela OMS: vontade política, garantia da baciloscopia, aquisição e distribuição regular de medicamentos, tratamento diretamente observado, sistema de informação. Levando em consideração esses cinco pilares, já fica fácil dimensionar a importância da Atenção Básica para o sucesso de tais metas.



Link

Que tal um exercício prático para retomar conceitos básicos e problematizar a situação de sua área de abrangência? Um bom início para esse exercício é rever informações básicas para profissionais de saúde, como as disponíveis no seguinte documento:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Glossário de doenças: tópicos de A a Z. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/html/pt/dicas/dica_tuberculose.html>.

Vamos lembrar aqui também alguns tópicos sobre a tuberculose (TB):

- a) seu agente etiológico é o *Mycobacterium tuberculosis* ou Bacilo de Koch (BK);
- b) outras espécies de microbactérias podem produzir quadro clínico semelhante ao da tuberculose, o que exige a realização da cultura nos laboratórios de referência para efetuar o diagnóstico diferencial (especialmente para pneumonias, micoses pulmonares, como paracoccidioidomicose ou histoplasmose, sarcoidose e carcinoma brônquico);
- c) embora na maioria dos casos de tuberculose as lesões se localizem nos pulmões, elas também podem ocorrer em diversos locais do organismo, como nos gânglios, rins, ossos ou meninges;
- d) o diagnóstico é mais comumente feito por exame bacterioscópico (baciloscopia e cultura), mas também por método radiológico, prova tuberculínica ou anátomo-patológico (histológico e citológico);
- e) o homem é o principal reservatório (não único) e, geralmente, a fonte de infecção é o indivíduo com a forma pulmonar da doença (bacilífero), com maior facilidade de eliminar bacilos para o exterior (uma pessoa pode infectar, em um ano, de 10 a 15 pessoas na comunidade);
- f) a transmissão é direta, de pessoa a pessoa, principalmente por meio do ar, e o período de incubação é de, em média, 4 a 12 semanas até a descoberta das primeiras lesões. No entanto, é comum que novos casos de doença pulmonar só sejam descobertos após um ano da infecção inicial;
- g) a doença pode não apresentar indícios ou sintomas simples e, por isso, pode ser facilmente ignorada por meses ou anos;
- h) a tosse seca contínua que evolui para a presença de secreção, por três semanas ou mais, na maioria das vezes chegando a tosse com pus ou sangue, é um de seus sintomas;
- i) outros dos seus sintomas podem ser cansaço excessivo, febre baixa (comumente à tarde), sudorese noturna, falta de apetite, palidez, emagrecimento acentuado, rouquidão, fraqueza e prostração;
- j) a dor torácica e a dispneia ocorrem em casos graves, com aumento da hemoptise e alterações da pleura;
- k) o período de transmissibilidade permanece enquanto o indivíduo adoecido estiver eliminando bacilos, sem o início do esquema terapêutico;
- l) o tratamento ambulatorial reduz gradativamente a transmissão, após dias ou semanas, e elimina todos os bacilos tuberculosos por meio de uma associação medicamentosa adequada em doses e tempo (geralmente seis meses), o que exige supervisão pelo serviço de saúde (domiciliar, na unidade ou no trabalho). As drogas usadas são as isoniazida - H, rifampicina - R, pirazinamida - Z (tratamento básico - RHZ), estreptomina - S, etambutol - E e etionamida - Et.;

- m) a hospitalização só está indicada em situações de graves intercorrências clínicas e/ou cirúrgicas, como em complicações, intolerâncias medicamentosas ou estado geral que implique sérios riscos.

3.2.1 Ações de combate à tuberculose

Para quebrar a cadeia de transmissão da TB, são necessárias ações articuladas e atuação de diferentes profissionais. Por exemplo, unidades de saúde, mesmo contando com uma unidade de referência de média complexidade, precisam que seus profissionais estejam capacitados em ações de controle da tuberculose (busca e detecção precoce de casos, tratamento eficiente e supervisionado).

Conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), a busca de casos de tuberculose deve ser feita pelas equipes de saúde com o apoio da comunidade mobilizada e, portanto, bem informada, e deve estar dirigida para:

- a) sintomas respiratórios (tosse com expectoração há pelo menos três semanas) ou sintomatologia compatível com TB (febre vespertina, suores noturnos, perda de peso, escarro sanguíneo (hemoptóico) e/ou dor torácica).
- b) pessoas com história de tratamento anterior para tuberculose;
- c) pessoas com contato com casos de tuberculose (pessoas que coabitam com indivíduos com TB);
- d) populações de risco: pessoas privadas de liberdade, asilos, instituições psiquiátricas, abrigos;
- e) portadores de doenças debilitantes (diabetes, neoplasias);
- f) imunodeprimidos por uso de medicamentos;
- g) imunodeprimidos por infecções, como o HIV;
- h) usuários de drogas;
- i) moradores de rua;
- j) trabalhadores da área de saúde.

Ainda de acordo com informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008), o tratamento dessa doença infecciosa deve ser descentralizado, realizado nas unidades de Atenção Básica, sob supervisão direta. Assim, a equipe de enfermagem deve ter claro o esquema de tratamento utilizado e outras informações sobre as ações na sua unidade (deve discutir estas questões com o médico da equipe).

Como a adesão do indivíduo ao tratamento dessa doença depende, entre outras coisas, do seu conhecimento sobre a doença, a equipe de saúde deve focar em esclarecer aos usuários a duração do tratamento prescrito, a importância da regularidade no uso das drogas, as consequências advindas da interrupção ou abandono do tratamento.

A Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) e a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva (CIPESC) são importantes instrumentos, já que propõem uma classificação de fenômenos de enfermagem, ações de enfermagem e resultados que possam descrever a prática. Elas podem ajudar a sistematizar o cuidado e uniformizar terminologias usadas pela profissão.

3.3 Hepatites virais

A inflamação das células do fígado (hepatócitos e outros), denominada hepatite, pode ter diversas causas, entre elas a infecção por diferentes cepas virais. As hepatites virais são provocadas por agentes etiológicos distintos, que têm em comum o tropismo primário pelo tecido hepático e que também demonstram particularidades na forma como atingem as populações, embora tenham características epidemiológicas, clínicas e laboratoriais semelhantes. As hepatites virais apresentam distribuição universal, mas sua magnitude varia nas diferentes regiões do país e do mundo. Vejamos alguns exemplos destas especificidades (BRASIL, 2005-2012):

- a) as hepatites A e E têm alta prevalência nos países em desenvolvimento e relação com insatisfatórias condições sanitárias e socioeconômicas;
- b) a hepatite B tem reduzido sua prevalência em países onde a vacinação foi implementada, porém permanece alta em populações mais expostas ao vírus (profissionais de saúde, pessoas em hemodiálise, usuários de drogas injetáveis, etc.) e onde a transmissão vertical e horizontal intradomiciliar não é controlada;
- c) a infecção pelo vírus da hepatite D ocorre em áreas com prevalência moderada a alta de hepatite B crônica (o vírus delta depende do vírus B para ser infectante);
- d) há carência de estudos sobre a prevalência de hepatite C no país (variava de 0,28% a 0,62%, regiões Centro-Oeste e Norte, em 2002), uma vez que a transmissão da hepatite via transfusão sanguínea e hemoderivados tornou-se rara pós-implantação das testagens em bancos de sangue;
- e) a hepatite E é responsável por surtos e quadros graves, especialmente em gestantes. No Brasil, não foram registradas epidemias, apenas casos isolados.

A Organização Pan-Americana de Saúde estima cerca de 130 casos novos de hepatite A e E por 100 mil habitantes ao ano no Brasil, com exposição ao vírus por mais de 90% da população maior de 20 anos. E, para a Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), dois bilhões de pessoas no mundo já tiveram contato com o vírus da hepatite B e cerca de 325 milhões tornaram-se portadores crônicos.

Os padrões de distribuição da hepatite B foram definidos como de alta endemicidade (prevalência superior a 7%), endemicidade intermediária (prevalência entre 2% e 7%) e baixa endemicidade (prevalência abaixo de 2%). A região Sul é considerada de baixa endemicidade, mas mantém prevalência moderada no oeste de Santa Catarina e alta endemicidade no oeste do Paraná.

A hepatite delta concentra-se na Amazônia ocidental (uma das maiores incidências mundiais, por condições ambientais, sociais, culturais e genéticas da população), onde ocorrem surtos epidêmicos ictero-hemorrágicos e alta prevalência de hepatopatias crônicas e hepatocarcinoma entre portadores.

A vigilância epidemiológica das hepatites virais no Brasil utiliza o sistema universal e passivo, baseado na notificação de casos suspeitos. O número de notificações não reflete a real incidência da infecção, pois a grande maioria dos acometidos apresenta formas assintomáticas ou oligossintomáticas, sendo dificilmente captados. Estados e municípios estão em diferentes estágios de implantação, refletindo diferentes níveis de sensibilidade e de capacitação das equipes das vigilâncias epidemiológicas. (BRASIL, 2005-2012).

Você tem informações sobre a existência de casos de hepatite crônica em sua área de abrangência? Aliás, em que situações pode-se considerar que um caso se tornou crônico?

Do mesmo modo que é importante reconhecer os diferentes tipos de hepatites, é preciso não perder de vista que um cuidado integral só poderá ser alcançado pela articulação de diferentes ações e competências, desenvolvidas em cada nível de complexidade e organização do Sistema de Saúde. Neste caso, é relevante conhecer algumas ações de cada nível, para um efetivo encaminhamento e continuidade do cuidado, conforme se demonstra no quadro síntese proposto pelo Ministério da Saúde.

UNIDADES	COMPETÊNCIAS
(Unidade Básica de Saúde. PSF, CTA)	Atenção Básica. Promoção da saúde. Prevenção. Aconselhamento e triagem sorológica. Acompanhamento de pacientes.
Serviços Especializados (Média complexidade)	Todas as atividades descritas para a Atenção Básica para a população da sua área de abrangência. Exames confirmatórios. Biópsia hepática (local ou referenciada). Definição da necessidade de tratamento. Tratamento e manejo clínico de pacientes.
Centro de Referência (Alta complexidade - por ex.: Hospitais Universitários)	Todas as atividades descritas para os níveis anteriores para a população da sua área de abrangência. Protocolos de pesquisa. Acompanhamento de pacientes em situações especiais (falha terapêutica, co-infecção com HIV etc.).

Quadro 1 – Competências dos diferentes níveis de assistência à saúde no cuidado integral ao usuário com diagnóstico de hepatite
Fonte: BRASIL (2006a).

A persistência sem melhoras, por mais de seis meses, do quadro inflamatório agudo, indica que a infecção está evoluindo para a forma crônica.

3.3.1 Ações contra as hepatites virais

As hepatites virais A e E estão relacionadas a condições de vida, saneamento básico, nível socioeconômico da população e, também, à educação sanitária da população. A exposição ao HAV, vírus da hepatite A, pode ocorrer em idades precoces, e as formas subclínicas (anictericas) dificultam o diagnóstico e o tratamento. Para todas as hepatites virais, a educação e a prevenção são fundamentais.

Confira a seguir um rol de medidas de prevenção às hepatites:

- a) As hepatites A e B podem ser prevenidas pela utilização das vacinas específicas contra o vírus A e B.
- b) Indivíduos infectados devem ser orientados a não doar sangue, esperma ou qualquer órgão para transplante.
- c) Educação e divulgação do problema são fundamentais para prevenir a hepatite B e C e outras DSTs
- d) Orientações adequadas para as pessoas infectadas podem reduzir a transmissão e a prevenção de novos casos.
- e) Usuários de drogas injetáveis poderão ser incluídos em programas de redução de danos, receber equipamentos para uso individual e orientações sobre o não compartilhamento de agulhas, seringas ou canudos.
- f) Profissionais da área da Saúde são responsáveis pelo uso de equipamentos de proteção individual.

A partir dessas formas de prevenção, pense em possibilidades de atuação no seu contexto de trabalho. Compartilhe essas informações com a população adscrita, desenvolva projetos de educação em saúde com metodologias ativas em que a comunidade pode sugerir e aplicar algumas práticas preventivas na comunidade.

A vacina contra o vírus da hepatite A é disponibilizada pelo Programa Nacional de Imunizações (PNI) nas seguintes situações:

- a) Pessoas com outras doenças hepáticas crônicas que sejam suscetíveis à hepatite A.

- b) Receptores de transplantes alogênicos ou autólogos, após transplante de medula óssea.
- c) Doenças que indicam esplenectomia.
- d) Candidatos a receber transplantes autólogos de medula óssea, antes da coleta, e doadores de transplante alogênico de medula óssea.

Já a vacinação contra a Hepatite B é disponível no SUS para as seguintes situações: faixas etárias específicas – menores de 1 ano de idade, a partir do nascimento, preferencialmente nas primeiras 12 horas após o parto ou o mais precocemente possível, e crianças e adolescentes entre 1 e 19 anos de idade; para todas as faixas etárias de doadores regulares de sangue, populações indígenas, comunicantes domiciliares de portadores do vírus da hepatite B, portadores de hepatite C, usuários de hemodiálise, politransfundidos, hemofílicos, talassêmicos, portadores de anemia falciforme, portadores de neoplasias, portadores de HIV (sintomáticos e assintomáticos), usuários de drogas injetáveis e inaláveis, pessoas reclusas (presídios, hospitais psiquiátricos, instituições de menores, forças armadas), carcereiros de delegacias e penitenciárias, homens que fazem sexo com homens, profissionais do sexo, profissionais de saúde, coletores de lixo hospitalar e domiciliar, bombeiros, policiais militares, civis e rodoviários envolvidos em atividade de resgate.



Leitura Complementar

Acesse o artigo: AQUINO, P. S.; XIMENES, L. B.; PINHEIRO, A. K. B. Políticas públicas de saúde voltadas à atenção à prostituta: breve resgate histórico. **Enfermagem em Foco**, v 1, n.1, p. 18-22, 2010. Disponível em:

<http://www.google.com.br/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=4&ved=0CF0QFjAD&url=http%3A%2F%2Frevista.portalcofen.gov.br%2Findex.php%2Fenfermagem%2Farticle%2Fdownload%2F4%2F5&ei=HYnRT9y_E4Se8QSf6tCwAw&usg=AFQjCNFiswoIEEGQQbLBzre0WWOM3EHDHw>.

O uso de imunoglobulina humana antivírus da hepatite B é indicado nas seguintes situações:

- recém-nascidos de mães portadoras do HBsAg;
- contatos sexuais com portadores do vírus ou com infecção aguda (o mais cedo possível e até 14 dias após a relação sexual);
- vítimas de violência sexual (o mais cedo possível e até 14 dias após o estupro);
- acidentes ocupacionais segundo *Manual de Exposição Ocupacional*.

A equipe de saúde deve acompanhar usuários com hepatites virais a fim de ajudá-los a replanejar suas rotinas, reconhecendo suas limitações e necessidades, orientando acerca da necessidade de repouso, uma exigência da própria condição de adoecimento. Esse acompanhamento poderá ser domiciliar, na unidade de saúde ou ambulatório, numa periodicidade a ser avaliada, também levando em consideração as necessidades de:

- cuidados voltados aos sintomas (digestivos, febre, astenia);
- controles do peso e de exames;
- o tratamento medicamentoso de algumas formas crônicas (geralmente referenciado para a especialidade).



Na Prática

Tal avaliação poderá ajudar a definir o tipo de acompanhamento por parte de cada profissional.

Problemas comuns, como a anorexia e a intolerância alimentar, prejudicam a aceitação alimentar. Daí ser conhecida a recomendação de dieta pobre em gordura e rica em carboidratos (para facilitar a digestão). Na prática, a única restrição se refere à ingestão de álcool (abstinência por seis meses a um ano). As opções de dieta podem ser planejadas, considerando-se as possibilidades e preferências.

3.4 Os usuários com doenças sexualmente transmissíveis e AIDS

As **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DSTs)**³ são conhecidas desde a Antiguidade e estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, sendo apontadas entre as dez principais causas de procura por serviços de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (TEMPORÃO, 2008a, 2008b).

A AIDS, uma das DSTs, é uma doença caracterizada por uma disfunção grave do sistema imunológico do indivíduo infectado pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Sua evolução é marcada por uma considerável destruição de linfócitos T CD4+ e pode ser dividida em três fases:

3 Atualmente, alguns autores têm usado a denominação infecção sexualmente transmissível (IST) ao invés de doença sexualmente transmissível (DST). No entanto, visto que o maior número de publicações ainda utiliza esta nomenclatura, e mantendo consonância com a denominação do Programa Nacional DST/AIDS e os Programas Estaduais e Municipais em DST/AIDS, opta-se aqui pelo uso da sigla DST.

- Infecção aguda, pode não surgir algumas semanas após a infecção inicial, com manifestações variadas que podem se assemelhar a um quadro gripal, ou mesmo a uma mononucleose. Nessa fase, os sintomas são autolimitados, e quase sempre a doença não é diagnosticada devido à semelhança com outras doenças virais. Em seguida, a pessoa infectada entra em uma fase assintomática, de duração variável de alguns anos.
- Doença sintomática, da qual a AIDS é a sua manifestação mais grave da imunodepressão, é definida por diversos sinais, sintomas como: febre prolongada, diarreia crônica, perda de peso importante (superior a 10% do peso anterior), sudorese noturna, astenia e adenomegalias.
- Infecções oportunistas surgem ou reativam-se em decorrência da AIDS, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis carinii*, toxoplasmose cerebral, candidíase e meningite por xriptococos, dentre outras. Tumores raros em indivíduos imunocompetentes, como o sarcoma de Kaposi, linfomas Não-Hodgkin podem surgir, caracterizando o quadro de AIDS. A ocorrência de formas graves ou atípicas de doenças tropicais, como leishmaniose e doença de Chagas, tem sido observada no Brasil. A história natural da doença vem sendo modificada pelos antirretrovirais que retardam a evolução da infecção até o seu estágio final.

3.4.1 A AIDS e as políticas públicas de saúde

A AIDS foi conhecida pela sociedade já tomando forma de epidemia, trazendo a forte marca da letalidade, uma vez que os primeiros indivíduos acometidos pela doença tinham uma expectativa de meses de vida, em virtude da inexistência de tratamentos com expectativa de cura ou de controle da doença. O pavor criado em torno da AIDS coincidiu com a desinformação da sociedade e da própria ciência biomédica, que apresentou dificuldades em compreender os mecanismos do vírus HIV (BARATA, 2007).

Pelas repercussões desta doença na população mundial por quase três décadas, a AIDS suscitou o interesse de diversas áreas de conhecimento, buscando-se um entendimento da epidemia em suas dimensões biológicas, sociais, antropológicas, psicológicas, entre outras.

No Brasil, o primeiro caso de AIDS foi identificado em 1980, e sua disseminação progressiva alcançou mais da metade dos municípios brasileiros, chegando a uma estimativa de cerca de 620 mil pessoas vivendo com HIV em 2008, apontando atualmente para um processo de estabilização.

Atualmente, o Brasil apresenta 1/3 das pessoas que vivem com o HIV na América Latina. De acordo com dados do DATASUS, no ano de 2007, a exposição entre

homens foi distribuída em: heterossexual (43,7%), seguida de homossexual (18,3%) e usuários de drogas injetáveis (UDI) (7,5%). Já entre as mulheres, nesse período observa-se a seguinte distribuição: heterossexual (93,7%), seguida de UDI (2,8%). Em relação à proporção homem/mulher, os dados apresentaram-se como sendo 1:1,68 mulheres (REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE, 2012).

Em todo o país, a epidemia de HIV/AIDS tem avançado entre as populações mais vulneráveis socioeconomicamente, estando ligada à pobreza, ao racismo, à desigualdade de gênero, à opressão sexual e à exclusão social (PARKER; CAMARGO, 2000; TEMPORÃO, 2008a, 2008b).

A AIDS, reconhecida como a DST de maior gravidade, chamou a atenção para o problema de saúde pública representado pelas demais DSTs. Resgatamos como exemplo desta problemática a sífilis, cuja prevalência permanece desafiando os serviços de saúde pública ao longo dos anos, apesar de ter seu agente etiológico, patogenia e diagnóstico conhecidos, terapia eficaz e de ser de fácil prevenção.

Esta preocupação também se estende às demais DSTs, pois a prevenção e o tratamento dessas doenças constituem-se importantes estratégias no controle da epidemia da AIDS, já que sua ocorrência aumenta tanto a vulnerabilidade de adquirir o vírus do HIV, como transmiti-lo.

Neste sentido, a AIDS trouxe um alerta para o mundo sobre a prática do sexo seguro e a necessidade de um investimento intenso nos programas de prevenção entre a população (ROCHA, 2002).

Em seu período inicial, a epidemia da AIDS foi reconhecida como um problema que exigia respostas urgentes. Deste modo, o Ministério da Saúde brasileiro reconheceu oficialmente a AIDS como um problema de saúde pública no ano de 1985, criando o Programa Nacional da AIDS, estabelecendo as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia, propondo, como atividades, um sistema formal de vigilância epidemiológica. As normas para o combate da AIDS tinham inicialmente como alvo os homossexuais e os bissexuais masculinos, hemofílicos e politransfundidos e usuários de drogas injetáveis. Naquela ocasião, a AIDS foi inserida no cenário nacional no momento em que o país passava por uma série de transformações políticas, representada no campo da saúde pelo movimento da reforma sanitária, pela crise política do regime militar e o início do processo de redemocratização, fatos estes que se configuraram como pano de fundo para a construção de políticas públicas em resposta à epidemia (MARQUES, 2002).

O Sistema Único de Saúde evoluiu com o Programa DST e AIDS, uma vez que tais políticas tiveram sua gênese no mesmo período histórico, partindo de princípios filosóficos comuns, estando ainda em processo de construção e execução. Podemos dizer que a emergência da epidemia da AIDS acelerou alguns processos nesta política setorial em relação ao SUS como um todo, fazendo com que muitas vezes não fossem percebidos como política do SUS (VENTURA, 2005).

Inicialmente, o sistema de saúde brasileiro começou a distribuir medicamentos específicos para as doenças oportunistas (1988) e a zidovudina (1991), mais conhecida como AZT. O convênio com o Banco Mundial (BIRD) é uma parceria que perdurou durante 13 anos, desde a instituição do Projeto AIDS I, aplicado nos anos de 1993 a 1998, trazendo como principais objetivos a redução da incidência e transmissão do HIV e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e fortalecimento das instituições públicas e privadas responsáveis pelo controle das DST e HIV/AIDS no Brasil. O Projeto AIDS II, instituído de 1999 a meados de 2003, manteve a continuidade destas ações, e o Projeto AIDS III, vigente até o final de 2006, destinou-se a aumentar a capacidade de combater a epidemia e reduzir seu impacto, através da melhoria da cobertura e da qualidade das intervenções de prevenção e assistência, da progressiva descentralização das ações, do fortalecimento da administração através da monitorização e avaliação das suas ações, da introdução de novas tecnologias voltadas ao tratamento, do desenvolvimento de vacinas, e da eliminação da discriminação e do estigma associados ao HIV/AIDS (MARQUES, 2002; BRASIL, 2005).

Em 1996, o Brasil adotou uma política de distribuição de antirretrovirais para todas as pessoas acometidas pela doença, mesmo contra as recomendações e advertências do Banco Mundial. Essa política trouxe mudanças relevantes para os indivíduos acometidos pela doença, como a redução da morbidade, mortalidade e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida. Ainda nesse período, desenvolveu-se uma rede de alternativas assistenciais em todas as regiões do país: Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE), Hospitais-dia (HD) e Serviços de Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT), além dos hospitais convencionais. Várias ONGs criaram casas de apoio, casas de passagem e grupos de convivência, para o desenvolvimento de atividades de forma complementar às assistenciais oficiais (BRASIL, 2005).

Em 1998, laboratórios públicos passaram a produzir alguns antirretrovirais e, em 2000, o Brasil começou a produzir sete dos doze antirretrovirais distribuídos nacionalmente. Em 2005, o Ministério da Saúde adotou o licenciamento compulsório de um dos antirretrovirais de segunda linha, efetuando a quebra de patentes, devido à falta de acordo com laboratórios fabricantes em virtude do alto custo desse medicamento. Tal medida tornou-se necessária para garantir a sustentabilidade do programa de combate à AIDS, permitindo que, ainda nesse ano, cerca de 170.000 pessoas fossem beneficiados pela referida política (MALISKA, 2005).

Em escala mundial, de acordo com o Relatório da UNAIDS, estima-se que existam, atualmente, 33,22 milhões de pessoas vivendo com HIV em todo o mundo e que tenham ocorrido 2,5 milhões de novas infecções em 2007. Na América Latina, tal relatório afirma que a epidemia se mantém estável, estimando-se que 1,6 milhão de pessoas estejam vivendo com HIV nessa região, com a incidência de cem mil casos novos no ano de 2007 (UNAIDS, 2007).

Embora o “Programa Nacional DST/AIDS” abarque a questão das doenças sexualmente transmissíveis, percebemos que as outras DSTs acabam ficando na “sombra” da AIDS. Este fato se explica em parte pela gravidade desta doença e sua relevância social e política, conferida desde o início da epidemia, que serviu de mola propulsora para o desenvolvimento de ações no campo da atenção à saúde e de ações de prevenção, ambas objetivando seu controle.

Neste contexto, acreditamos que as demais DSTs foram beneficiadas por estarem incluídas no programa, sendo abordadas nos programas de prevenção e com a previsão de insumos para assistência, conferindo-lhes maior visibilidade quando comparadas ao período anterior da epidemia da AIDS. Como exemplo, trazemos a questão da sífilis, considerada pelo Ministério da Saúde como a principal DST depois da AIDS, por suas graves consequências quando não tratada adequadamente, especialmente na ocorrência da transmissão vertical.

Por este motivo, em 1º de dezembro de 2004 (Dia Mundial da Luta contra a AIDS), as campanhas tiveram a mulher como tema, abordando a oferta dos testes de AIDS e sífilis na gravidez.

Mesmo com testes gratuitos e tratamento fácil e acessível, a sífilis em gestantes tem três vezes maior incidência que a AIDS. Estima-se que aproximadamente 1,1% da população brasileira – em torno de 937 mil pessoas – é infectada pela sífilis todos os anos, e que aproximadamente sessenta mil gestantes (1,7% das mulheres grávidas) são portadoras da infecção.

A grande preocupação no caso de gestantes com sífilis é a transmissão para o bebê durante a gravidez. Embora o tratamento seja simples, cerca de 70% das gestantes infectadas transmitem a doença aos bebês, por não fazerem o tratamento adequado.

A sífilis na gestação pode provocar graves problemas de saúde na criança ou levar ao aborto. Para reverter esta situação, o Ministério da Saúde tem investido em ações que ampliem o diagnóstico precoce e o tratamento adequado (BRASIL, 2005). Segundo a Organização Mundial da Saúde, as DSTs representam ônus para a população, e o percentual de prevalência das DSTs curáveis na população

em geral é cerca de 5%, a prevalência de sífilis em gestantes é maior ou igual a 1%, e a prevalência das DSTs curáveis é maior que 10% em certas subpopulações, como homens e mulheres em situação de prostituição, jovens, usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2006a). São denominadas DSTs curáveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase, infecção por clamídia, dentre outras.

No Brasil, as DSTs que fazem parte da lista nacional de doenças de notificação compulsória compreendem apenas os casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), de gestantes com soropositividade para HIV, crianças expostas ao HIV, gestantes com sífilis e crianças com sífilis congênita. Para as outras DSTs, não há um sistema de notificação compulsória e faltam estudos de base populacional que possam dar visibilidade ao problema e implantação de intervenções prioritárias, avaliação de sua efetividade e seu redirecionamento (BRASIL, 2006b). Do mesmo modo, percebemos que, no campo acadêmico, a produção científica relacionada à AIDS é vasta, nacional e internacionalmente, em diversas áreas do saber. No entanto, em relação à sífilis e às demais DSTs, observa-se produção científica escassa, demonstrando o pouco interesse pela comunidade científica em relação a essas doenças. Você já refletiu sobre isso? Por que a AIDS produz maior interesse entre os pesquisadores? Pense nisso!

O desenvolvimento da doença nos indivíduos é dividido em dois períodos: o período de incubação e o período de latência. O primeiro deles é o período compreendido entre a infecção pelo HIV e o aparecimento de sinais e sintomas da fase aguda, podendo variar de cinco a trinta dias. Não há consenso sobre o conceito desse período em AIDS. Já o período de latência é aquele compreendido entre a infecção pelo HIV e os sintomas e sinais que caracterizam a doença causada pelo HIV/AIDS. Sem o uso dos antirretrovirais, as medianas desse período estão entre três e dez anos, dependendo da via de infecção.

O indivíduo infectado pelo HIV pode transmiti-lo durante todas as fases da infecção, sendo esse risco proporcional à magnitude da viremia.

3.4.2 Diagnóstico e tratamento

A detecção laboratorial do HIV é realizada por meio de técnicas que pesquisam anticorpos, antígenos, material genético (biologia molecular) ou que isolem o vírus (cultura). Os testes que pesquisam anticorpos (sorológicos) são os mais utilizados, para indivíduos com mais de 18 meses. O aparecimento de anticorpos detectáveis por testes sorológicos ocorre em torno de trinta dias após a infecção em indivíduos imunologicamente competentes.

Denomina-se “janela imunológica” esse intervalo entre a infecção e a detecção de anticorpos por técnicas laboratoriais. Nesse período, as provas sorológicas podem ser falso-negativas. Para os menores de 18 meses, pesquisa-se o RNA ou o DNA viral, visto que a detecção de anticorpos nesse período pode ser devida à transferência passiva de anticorpos maternos, ocorrida durante a gestação, razão pela qual os testes sorológicos não devem ser realizados.

Devido à importância do diagnóstico laboratorial, particularmente pelas consequências de se “rotular” um indivíduo como HIV positivo, o Programa Nacional de DST e AIDS, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, regulamentou os procedimentos de realização dos testes por meio da Portaria Ministerial n. 59, de 28 de janeiro de 2003, que devem ser rigorosamente seguidos, de acordo com a natureza de cada situação (BRASIL, 2003).

Diagnóstico diferencial: imunodeficiências por outras etiologias, como tratamento com corticosteroides. (prolongado ou em altas doses), tratamentos com imunossupressores (quimioterapia antineoplásica, radioterapia); algumas doenças como doença de Hodgkin, leucemias linfocíticas, mieloma múltiplo e síndrome de imunodeficiência genética.

Nos últimos anos, foram obtidos grandes avanços no conhecimento da patogênese da infecção pelo HIV e várias drogas antirretrovirais em uso combinado, chamadas de “coquetel”, mostram-se eficazes na elevação da contagem de linfócitos T CD4+ e redução nos títulos plasmáticos de RNA do HIV (carga viral), diminuindo a progressão da doença e levando a uma redução da incidência das complicações oportunistas, da mortalidade, e a uma maior sobrevida e à significativa melhora na qualidade de vida dos indivíduos. A partir de 1995, o tratamento com monoterapia foi abandonado, passando a ser recomendação do Ministério da Saúde a utilização de terapia combinada com duas ou mais drogas antirretrovirais.

São numerosas as possibilidades de esquemas terapêuticos indicados pela Coordenação Nacional de DST e AIDS, que variam em adultos e crianças, com curso ou não de doenças oportunistas, e dependem da carga viral e da dosagem de CD4+. Por esse motivo, recomenda-se a leitura de *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças Infectadas pelo HIV-2004* e de *Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes Infectados pelo HIV-2008*, ambos distribuídos pelo Ministério da Saúde e Secretarias de Estado de Saúde para instituições que manejam tais situações de doença. “Não menos importante é enfatizar que o Brasil é um dos poucos países que financia integralmente a assistência ao paciente com AIDS, com uma estimativa de gastos de 2% do orçamento nacional” (PARANÁ, 2010, p. 1).

A equipe de saúde tem um papel importantíssimo no sentido de orientar a comunidade sobre a importância das medidas preventivas, assim como da necessidade de realizar o teste anti-HIV para detecção precoce da doença e tratamento adequado. A Atenção Básica, mediante as ações informativas/educativas desenvolvidas na comunidade e nas UBS, promoverá maior conscientização da população em relação às DSTs. Conseqüentemente, haverá uma busca mais precoce dos serviços de saúde pelos indivíduos com suspeita de DST e de seus parceiros, tornando as unidades de saúde verdadeiras portas de entrada do sistema de saúde, reduzindo, com isso, a automedicação ou a procura da resolução dos problemas de saúde em farmácias ou em outros locais da comunidade.

Agora, propomos uma reflexão da seguinte situação: os moradores de uma região do subúrbio de uma metrópole preocupam-se com o crescimento acentuado de usuários de drogas na comunidade, muitos deles filhos de moradores locais. O líder comunitário relata a situação ao Agente Comunitário de Saúde, que discute o caso com a enfermeira da unidade de saúde. A enfermeira, que havia realizado um levantamento sobre o número de casos de dependência química já atendidos pela equipe ou com suspeita de dependência, levou o caso à discussão com a equipe de saúde. Todos concluíram que se tratava de um problema emergente na região nos últimos dois anos. Comprometidos em acolher essa necessidade da comunidade, os profissionais da ESF organizaram uma reunião para buscar soluções para o problema com a comunidade e auxílio do CAPSad presente naquela região. A proposta inicial foi o desenvolvimento de grupos educativos com usuários sobre os riscos de contaminação por doenças transmissíveis e com ações de redução de danos. Outra proposta foi a oferta de acompanhamento psicológico aos usuários e seus familiares. A intenção, nesses casos, não é a resolução imediata da situação, mas a promoção de espaços coletivos de discussão do problema, na perspectiva da corresponsabilidade, em que usuários e profissionais são responsáveis pela saúde da comunidade. Assim, além de proporem ações de promoção da saúde e atividades direcionadas ao tratamento e à reabilitação das pessoas, a equipe pode evitar que outros problemas de saúde se instalem e prejudiquem ainda mais as condições de vida da população.



Na Prática

Você e sua equipe já propuseram ações de atenção integral à saúde dos usuários de drogas, sem culpabilizá-los por sua condição? Ponderem sobre os direitos em saúde desses usuários e sobre os preconceitos e discriminações que ainda persistem nos serviços de saúde.

Lembre-se: saúde é direito de todos!



Link

Você pode conhecer melhor o programa Nacional de Controle de Tuberculose, acessando:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle da Tuberculose.**

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=31101>.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você revisou alguns conceitos básicos das doenças transmissíveis, aprofundou seu conhecimento sobre características, diagnósticos e tratamentos. Com certeza, os exemplos podem estimulá-lo a rever conteúdos específicos que representem maior importância em sua realidade. Entre as doenças vistas aqui, estão as DSTs, e você percebeu que assinalamos o fato de que, embora apenas a AIDS tenha grande visibilidade pública, inclusive das políticas públicas, outras DSTs também assolam a população. Como o controle das doenças transmissíveis depende de ações de prevenção, a equipe de saúde possui um importante papel neste contexto, propondo medidas educativas, esclarecendo e incentivando a população sobre os cuidados necessários para a prevenção das doenças e para a promoção da qualidade de vida. Esperamos ter contribuído para ajudá-lo a acolher as necessidades dos usuários de sua comunidade em seu processo de trabalho.

REFERÊNCIAS

BARATA, G. A televisão contribuindo para a história das doenças. **Esboços**, Florianópolis, v. 13, n. 16, p. 127-146, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria n. 59, de 28 de janeiro de 2003. Dispõe sobre a sub-rede de laboratórios do Programa Nacional de DST e Aids. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 30 jan. 2003. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2003/prt0059_28_01_2003.html>. Acesso em: 9 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **A, B, C, D, E de hepatites para comunicadores**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_abcde.pdf>. Acesso em: 5 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. HIV/AIDS, hepatites e outras DST. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 18. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abcad18.pdf>>. Acesso em: 14 maio 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de controle das doenças sexualmente transmissíveis - DST**. 4. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf>. Acesso em: 28 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde. **Dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad21.pdf>. Acesso em: 25 maio 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Hepatites virais**. Brasília [entre 2005 e 2012]. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/SAUDE/visualizar_texto.cfm?idtxt=21920>. Acesso em: 25 mai. 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Doenças transmissíveis com tendência descendente**. Brasília, 2012a. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21899>. Acesso em: 25 mai. 2012.

BRASIL. Portal da Saúde. **Sistema de Informação de Agravos de Notificação**. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

MALISKA, I. C. A. **O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS**. 2005, 157 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina. Florianópolis, 2005.

MARQUES, M. C. C. Saúde e poder: a emergência política da AIDS/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde** - Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 9, p. 41-65, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci_arttext>. Acesso em: 29 mar. 2012.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. **Informações sobre o HIV**. Curitiba, 2010. Disponível em: <<http://www.saude.pr.gov.br/modules/conteudo/conteudo.php?conteudo=32>>. Acesso em: 19 mar. 2012.

PARKER, R.; CAMARGO JUNIOR, K. R. Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 16, supl. 1, 2000. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v16s1/2215.pdf>>. Acesso em: 21 mar. 2010.

REDE INTERAGENCIAL DE INFORMAÇÕES PARA A SAÚDE. **Indicadores e dados básicos para a saúde – 2008**: tema do ano: doenças emergentes e reemergentes. Brasília, 2012. Disponível em: <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2008/tema.pdf>>. Acesso em: 25 mai. 2012.

ROCHA, M. M. Sífilis e AIDS. **Jornal Brasileiro de DST**, v. 14, n. 3, p. 29-33, 2002.

TEMPORÃO, J. G. **Resposta Positiva 2008**: a experiência do programa brasileiro de DST e AIDS. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

TEMPORÃO, J. G. Prefácio. In: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Prevalências e frequências relativas de doenças sexualmente transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

UNAIDS. **Intensificando a prevenção ao HIV**: documento referencial das políticas de prevenção. 2005. Disponível em: <http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc585-prevention-paper_pt.pdf>. Acesso em 16 nov. 2012.

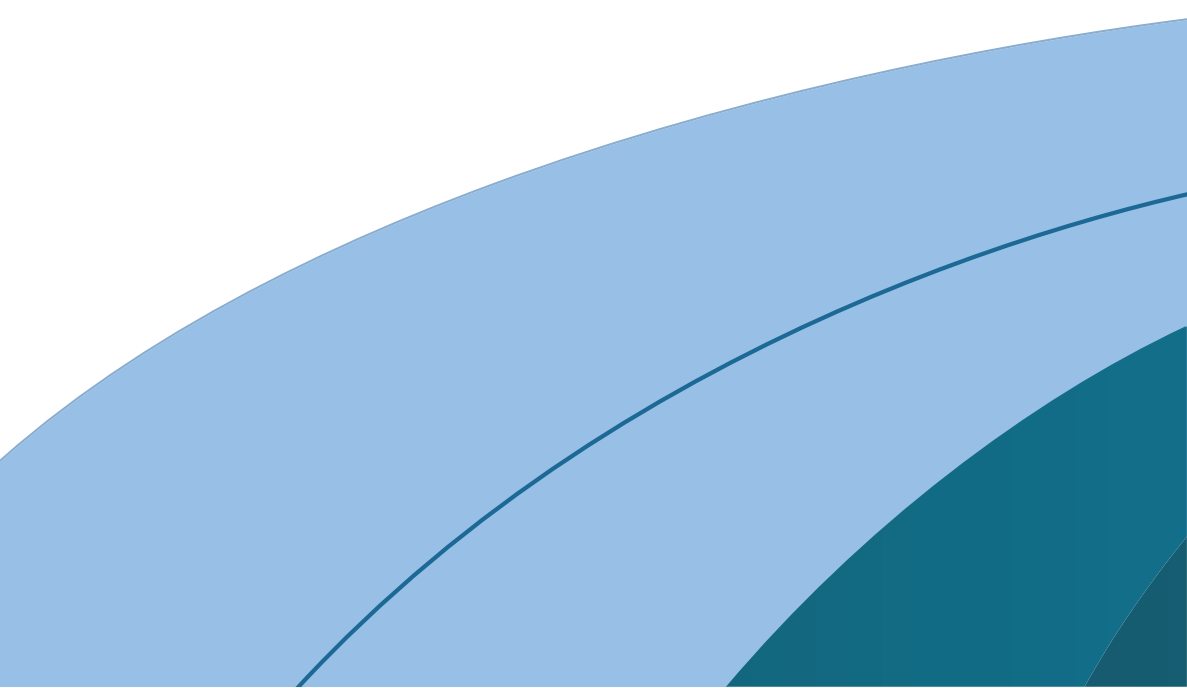
VENTURA, M. Instrumentos jurídicos de garantia dos direitos das pessoas vivendo com HIV/AIDS. In: ACSELRAD, G. (org.). **Avessos do prazer**: drogas, AIDS e direitos humanos. 2. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

WALDMAN, E. A.; ROSA, T. E. da C. **Vigilância em saúde pública**. São Paulo: USP, 1998. Disponível em: <[http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/SaudePublica/Acervo/arg_271\[1\].pdf](http://observasaudesp.fundap.sp.gov.br/saude/SaudePublica/Acervo/arg_271[1].pdf)>. Acesso em: 25 mai. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Tuberculosis (TB)**. 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/tb/en/>>. Acesso em: 17 jun. 2012.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Enfermagem

Unidade 4



4 OBESIDADE E TRANSTORNOS ALIMENTARES

A obesidade resulta do acúmulo excessivo de gordura que excede aos padrões estruturais e físicos do corpo. É reconhecida hoje como importante problema de saúde pública. É uma doença crônica, progressiva, fatal, geneticamente relacionada e caracterizada pelo acúmulo excessivo de gordura e desenvolvimento de outras doenças (comorbidades). Os dados atuais são preocupantes: o número de obesos no Brasil e no mundo tem aumentado com muita rapidez (GARRIDO, 2008).

Segundo dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003, o excesso de peso, em 2003, afetava 41,1% dos homens e 40% das mulheres, sendo que as pessoas consideradas obesas figuravam em 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas do país. Define-se assim que a distribuição da obesidade por sexo representava 20% da população masculina e um terço da população feminina brasileira (IBGE, 2004).

No entanto, existem outros transtornos ligados à alimentação que não são considerados como doenças crônicas. A anorexia e a bulimia são transtornos alimentares que, conforme veremos a seguir, também assolam um grande número de pessoas, comprometendo drasticamente a qualidade de vida dos indivíduos, uma vez que envolvem aspectos psicológicos e emocionais.

Diante de todo esse cenário, é necessário que a equipe de saúde da Atenção Básica esteja preparada para apoiar e tratar pessoas com transtornos alimentares, munida de conhecimento atualizado e do arsenal multidisciplinar oferecido atualmente neste nível de atenção. Nesta unidade, pretende-se apresentar conteúdos que lhe ofereçam subsídios para uma atuação prática, direcionada às pessoas que se encontrem em tal situação.

4.1 Considerações gerais e panorama atual sobre a obesidade

De um modo simplificado, podemos definir a obesidade como um acúmulo excessivo de gordura corporal, conseqüente de múltiplos fatores de ordem individual, a exemplo da susceptibilidade biológica ou ambiental, como padrões dietéticos e sedentarismo, combinados ao estresse cotidiano do indivíduo. Possui dimensões sociais, biológicas e psicossociais, abrangendo a população como um todo, não se restringindo a grupos determinados por faixa etária ou ordem socioeconômica (BRASIL, 2006).

É importante lembrar que a abordagem preventiva e terapêutica da obesidade passa por múltiplas intervenções: na família, passando pela escola, unidade de saúde e pela ação de múltiplos profissionais. Como as intervenções em hábitos alimentares e de atividade física envolvem mudanças de comportamento, apenas

a informação não é o suficiente; é preciso estimular mudanças de atitudes e proporcionar condições – sociais e materiais – para que essas mudanças no estilo de vida possam ocorrer (NAHAS, 2006).

A obesidade está integrada ao grupo de Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), e talvez por isso, na sociedade em geral e mesmo no meio profissional da saúde, o entendimento de que ela seja uma doença, que consequentemente exige diagnóstico e tratamento, seja prejudicado, dificultando sua identificação, tratamento, acompanhamento e apoio à população.

A percepção social de saúde-doença interfere intimamente na busca ou não por atenção à saúde.

É comum que a população, por diferentes e variados motivos, adie o contato com a equipe de saúde para o tratamento da obesidade e o faça somente quando a situação lhe pareça insuportável. Um fator importante que interfere na percepção acerca da obesidade é a relação existente entre a dor e a incapacidade que acompanham a doença, uma vez que o acúmulo de peso possui um desenvolvimento longo e silencioso, período assintomático prolongado, curso clínico em geral lento, estendido e permanente e com manifestações clínicas oscilantes. Em muitos casos, não há dor física, porém há sofrimento e dor psicossocial.

Neste contexto, ainda existe o empecilho técnico, pois os profissionais da saúde, ainda atrelados à visão tradicional da medicina, mantêm o conceito de doença como uma patologia orgânica, de origem genética ou transmissível/infectante, erradicável e curável com o uso de remédios e/ou cirurgias.

Conforme os dados da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012), no ano de 2005, existiam no mundo, aproximadamente 1,6 milhões de pessoas com idade superior a 15 anos acima do peso, e pelo menos 400 milhões de adultos obesos. A OMS calcula que, em 2015, haverá aproximadamente 2,3 milhões de adultos com excesso de peso e pelo menos 700 milhões de adultos obesos.

De acordo com dados da Pesquisa de Orçamentos Familiares 2002-2003 do IBGE (2004), dentre a população média brasileira de 20 anos ou mais de idade, que chega a 95,5 milhões de pessoas, 3,8 milhões delas (4%) apresentam déficit de peso e 38,8 milhões apresentam excesso de peso, sendo que, dentre estas, 10,5 milhões são consideradas obesas. Cabe ressaltar, ainda, que a idade também influencia no acúmulo de peso. Deste modo, com o avançar da idade, o acúmulo de peso na população masculina ocorre mais rapidamente, enquanto nas mulheres acontece mais lentamente, porém de forma mais prolongada.

O excesso de peso entre os homens é mais frequente entre os 20 e os 44 anos, invertendo a situação com o aumento da idade.

Esta pesquisa também apresenta as diferenças desses percentuais, comparando-se a população urbana com a rural. Os resultados mostram que o percentual da população masculina com excesso de peso é de 34% nas regiões Norte e Nordeste e de 44% e 46% nas outras regiões. Tais números são similares nas áreas urbanas; já nas áreas rurais, a proporção é bem menor, alcançando 21% no Nordeste, 40% no Sul e entre 28% e 34% nas demais regiões. Para as mulheres, o excesso de peso é mais acentuado no meio urbano, com exceção da região Nordeste, em que a área urbana apresentou índices de excesso de peso em torno de 36,8%, contra 39,4% da área rural (IBGE, 2004).

O mundo contemporâneo trouxe para o cotidiano das pessoas, junto com sua evolução tecnológica, uma série de alterações nos modos de vida, começando pela alimentação, que antes se baseava em alimentos frescos, em uma dieta vegetariana, rica em fibras, e hoje mostra-se farta de alimentos processados, embutidos, de origem animal, com aumento do consumo de calorias e gorduras, açúcar e sal refinados, o que favorece o consumo de energia e o aumento da adiposidade (SALVE, 2006; FRANCISCHI et al., 2000).

A OMS destaca que a patologia da obesidade é um problema de abrangência mundial, não só pelo fato de atingir um enorme contingente de pessoas, mas também por predispor o organismo desses indivíduos a uma série variada de doenças não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares e o diabetes, com prejuízo significativo nos níveis de qualidade de vida e pelo risco aumentado de morte prematura.

Tais riscos tendem a aumentar à medida que o peso se eleva (SALVE, 2006). Estudos neste sentido revelam que pessoas obesas têm 2,9 vezes mais chances de desenvolverem diabetes e hipertensão, se comparadas a indivíduos com peso adequado, e alguns autores consideram que pessoas obesas mostram 1,5 vezes mais predisposição para apresentar níveis sanguíneos de triglicérides e colesterol aumentados (BRASIL, 2006).

A obesidade traz consigo consequências graves, como: insuficiência cardíaca, diabetes, arteriosclerose, hipertensão cardíaca e aumento da mortalidade, disfunções pulmonares, doenças cardiovasculares, problemas biliares e alguns tipos de câncer (SALVE, 2006). Porém, esses riscos devem ser avaliados, levando-se em conta três pontos importantes, combinados ao fato de o peso corporal ser excedente àquele considerado adequado para cada indivíduo, a idade de aparecimento do fenômeno, duração e padrões de oscilações do peso. Além

disso, a obesidade combinada a fatores como tabagismo, alcoolismo, dislipidemia, hipertensão, diabetes, aumenta o risco de adoecimento (BRASIL, 2006).

A distribuição da gordura corporal também influencia no aparecimento de complicações: a gordura concentrada no abdômen, também chamada de Obesidade Androide, eleva o risco para doenças isquêmicas cardíacas e distúrbios metabólicos, como a hipertensão arterial, independentemente do IMC. É importante ressaltar que os valores pressóricos reduzem mediante a diminuição de peso (BRASIL, 2006).

Importantes problemas a serem considerados quando estamos diante de pessoas obesas são as possíveis fragilidades psicológicas e emocionais que esses indivíduos podem apresentar, além do risco aumentado para problemas psiquiátricos, em virtude de discriminações no meio social, de baixa autoestima, tristeza, isolamento social, ansiedade, sentimentos de culpa, desamor, entre outros.

4.2 Diagnóstico e tratamento da obesidade

O Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi proposto inicialmente pelo Instituto Nacional de Alimentação e Nutrição, estabelecido em 1990, após promulgação da Lei n. 8.080/1990 e da Portaria n. 1.156, publicada em 31 de agosto desse mesmo ano. Fazem parte da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, ações de promoção da saúde que contribuam para que as pessoas tenham autonomia e controle sobre sua saúde e alimentação, fundamentais para todos os indivíduos em todas as fases de sua vida (BRASIL, 2012).

O valor do peso corporal é composto por informações dos vários componentes que integram o corpo humano, tais como ossos, músculos, gordura e outros tecidos. Estes sofrem alterações na sua constituição de acordo com a prática de exercícios físicos, dieta alimentar, processo de envelhecimento e doenças. Os tecidos que mais sofrem modificações são os músculos, os ossos, a gordura e a água. Todavia, esta composição deve ser analisada atenciosamente, uma vez que altos valores de peso corporal podem estar associados a uma massa muscular aumentada, como nos atletas de halterofilismo, ou a uma sólida constituição óssea, e não necessariamente a uma quantidade alta de tecido adiposo; lembrando que a obesidade é denominada pelo acúmulo de gordura corporal (GUEDES; GUEDES, 1998).

Inicialmente, para a obtenção de um parâmetro clínico de sobrepeso e obesidade, faz-se a relação matemática entre o peso e a altura da pessoa.

Para isto, usa-se o Índice de Massa Corpórea (IMC), que possui uma fórmula que relaciona o peso medido em quilogramas com a estatura medida em metros, sendo esta última elevada à segunda potência, conforme indicação a seguir.

$$\text{IMC} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura (m)}^2$$

Contudo, o cálculo do IMC é um tanto questionável, já que considera todos os componentes corporais citados anteriormente. Deste modo, se for usado para avaliação de crianças e adolescentes, deve-se levar em conta que esses estão em fase de crescimento e de alterações corporais. Além disso, não existe um parâmetro especial para idosos, diferentes etnias e estaturas corporais diversas.

A Organização Mundial da Saúde (WHO, 2012) desenvolveu uma tabela que mostra as classificações para o sobrepeso com a intenção de auxiliar na determinação da obesidade junto aos resultados do IMC. Acompanhe.

Para classificar o nível de obesidade, é preciso uma avaliação integral da pessoa, em que as informações necessárias sejam coletadas formando um quadro situacional a partir do qual serão discutidas as estratégias de manejo em conjunto com a pessoa. Tal percurso tem início com a coleta de dados da história clínica, com informações acerca dos antecedentes familiares e dos aspectos socioculturais.

A avaliação é seguida de um apanhado direcionado à identificação do padrão alimentar e dos hábitos que colaboram para que a pessoa engorde. Algumas das estratégias que podem ser usadas nessa avaliação são detalhadas abaixo:

- a) Recordatório alimentar de 24 horas, o qual remete a descrição detalhada da ingestão alimentar nas últimas 24 horas.
- b) Registro alimentar, em que o profissional de saúde estipula um período (alguns dias), e nesse tempo a pessoa registra suas refeições com detalhes.
- c) Frequência alimentar, na qual se registra a frequência semanal de ingestão dos diferentes grupos de alimentos.

Todas essas estratégias devem ser implementadas após ser estabelecido um pacto entre o profissional de saúde e a pessoa, com discussões que englobem a qualidade de vida do sujeito e a incorporação de atividades que proporcionem melhorias nas condições de saúde da pessoa. Sem este acordo entre as partes, possivelmente as orientações do profissional não provocarão mudanças, culminando com o insucesso da proposta (SEBOLD et al., 2007).

Aspectos psicológicos também devem ser considerados na atenção integral à pessoa com obesidade. Poucos casos de obesidade são causados por patologias endócrinas ou genéticas.

Estudos mostram que, em adultos, a obesidade causada pelo consumo excessivo de alimentos apresenta características psicológicas importantes, tais como: passividade e submissão, preocupação excessiva com comida, ingestão compulsiva de comida e drogas, dependência e infantilização, não aceitação corporal, medo de não ser aceito e amado, dificuldade de adaptação social, bloqueio da agressividade, dificuldade para absorver frustrações, insegurança, ansiedade, intolerância e culpa. Assim, é imprescindível investigar detalhadamente a presença desses fatores quando propomos construir conhecimentos que subsidiem a prática de atenção integral às pessoas com obesidade (CATANEO; CARVALHO; GALINDO, 2005).

O indivíduo obeso enfrenta, durante muito tempo de sua vida, uma batalha incansável contra o excesso de peso, submetendo-se a inúmeras dietas milagrosas, recomendadas por conhecidos e até mesmo profissionais, anunciadas em revistas como sendo a última moda, além do uso de medicamentos de forma inadvertida. Essas práticas podem ser extremamente prejudiciais à saúde, pois, além de não alcançarem o objetivo desejado, podem ser nocivas e até mesmo fatais. Para atingir sucesso nesta guerra, a pessoa necessita do apoio da família, dos amigos, da sociedade e da equipe de saúde.

Deste modo, surgem os grupos de apoio à pessoa obesa, com propostas integrais de atenção a essa população. São espaços em que os indivíduos compartilham situações de vida semelhantes, suas experiências e dificuldades contando, muitas vezes, com o apoio nutricional e psicológico de profissionais de saúde.



Link

Acompanhe a seguir alguns grupos de apoio ao obeso. Você conhece algum deles?

- **Vigilantes do peso:** fundado por Jean Nidetch no fim dos anos 1960 em Nova Iorque, Estados Unidos, o Weight Watchers, com a intenção de estudar métodos seguros para a perda de peso de modo saudável, conveniente e acessível, revolucionou o conceito de emagrecimento. Disponível em: <<http://www.vigilantesdopeso.com.br/>>.

- **Amigos do peso:** é uma associação que se dedica a dar aulas semanais a pessoas que desejam emagrecer comendo de tudo, com saúde e felizes. Disponível em: <<http://www.amigosdopeso.com.br/>>.

- **Peso ideal:** este é um curso de instrução alimentar que visa a orientar no processo de emagrecimento saudável. Disponível em: <<http://www.pesoideal.com.br/index.html>>.

- **Meta real:** empresa direcionada a trabalhar a reeducação alimentar. Ela não trabalha apenas os aspectos nutricionais, mas combina-os às causas psicológicas, emocionais e fisiológicas de cada indivíduo, acreditando que é aí que se encontram as causas da obesidade. Disponível em: <<http://metareal.com.br/int/mnuhom.asp>>.

4.3 Anorexia

Como você deve estar acompanhando, o aumento do interesse e da importância epidemiológica dos transtornos alimentares levou a uma rápida evolução na discussão dos seus critérios de diagnósticos nas últimas décadas. Os transtornos alimentares são doenças que afetam particularmente adolescentes e adultos jovens do sexo feminino, levando a marcantes prejuízos psicológicos, sociais e aumento de morbidade e mortalidade (CORDÁS, 2004).

Dos principais transtornos do comportamento alimentar, a anorexia nervosa (AN) foi a primeira a ser descrita ainda no século XIX e a ser adequadamente classificada e ter critérios operacionais reconhecidos já na década de 1970. A bulimia nervosa (BN) foi descrita por Gerald Russell em 1979. Quadros assemelhados, mas que não apresentavam sintomas completos, nem para o diagnóstico de AN, nem para BN, constituíram um terceiro grupo heterogêneo e foram classificados como Transtornos Alimentares Atípicos, nos anos 1980.

A anorexia nervosa caracteriza-se por perda de peso, intensa e intencional, à custa de dietas extremamente rígidas com uma busca desenfreada pela magreza, com uma distorção importante da imagem corporal e de alterações do ciclo menstrual.

O termo **anorexia** não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico, pois, neste quadro, não ocorre uma perda real do apetite, ao menos nos estágios iniciais da doença. A negação do apetite e o controle obsessivo do corpo tornam o termo alemão *Pubertaetsmagersucht*, isso é, “busca da magreza por adolescentes”, bem mais adequado (CORDÁS, 2004). A seguir, apresentamos um quadro que mostra os critérios diagnósticos para a anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10:

- a) Perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso, e peso corporal é mantido em pelo menos 15% abaixo do esperado.
- b) a perda de peso é auto-induzida pela evitação de “alimentos que engordam”
- c) há uma distorção na imagem corporal na forma de um psicopatologia específica de um pavor de engordar.
- d) há um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotalâmico-hipofisário-gonadal é manifestado em mulheres como amenorréia e em homens como uma perda de interesse e potência sexuais (uma exceção aparente é a persistência de sangramentos vaginais em mulheres anoréxicas que estão recebendo terapia de reposição hormonal, mais comumente tomada como uma pílula contraceptiva).

Quadro 2 – Critérios diagnósticos para a anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10
Fonte: DSM-IV (2002a); ICD-10 (2010).

Quando o início do quadro de anorexia começa no período pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade pode apresentar-se de modo mais lenta, podendo inclusive cessar: o crescimento é interrompido; nas garotas, as mamas não se desenvolvem, e há amenorreia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis. Com a recuperação, o desenvolvimento da puberdade, com frequência, é normalmente retomado, porém a menarca pode acontecer tardiamente. Os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico, mas não são elementos essenciais: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

A seguir, podemos observar alguns exemplos de comportamento relacionados à anorexia, cujos indivíduos que apresentam o problema costumam empregar cotidianamente:

- recusa em manter o peso dentro ou acima do mínimo normal adequado à idade e à altura (por exemplo, perda de peso, levando à manutenção do peso corporal abaixo de 85% do esperado, ou fracasso em ter o peso esperado durante o período de crescimento, levando a um peso corporal menor que 85% do esperado);

- medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior;
- perturbação no modo de vivenciar o peso, tamanho ou forma corporais;
- excessiva influência do peso ou forma corporais na maneira de se autoavaliar;
- negação da gravidade do baixo peso;
- no que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos (**amenorreia**⁴ primária ou secundária), quando é esperado ocorrer o contrário.

⁴ Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado.

4.4 Bulimia nervosa

A bulimia nervosa caracteriza-se por grande ingestão de alimentos com sensação de perda de controle, os chamados episódios bulímicos. A preocupação excessiva com o peso e a imagem corporal leva a pessoa a utilizar métodos compensatórios inadequados para o controle de peso, como vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas severas e exercícios físicos intensos.

O termo bulimia nervosa foi batizado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos *boul* (boi) ou *bou* (grande quantidade) com *lemos* (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi (CORDÁS, 2004). Veja no quadro a seguir mais características.

- a) episódios recorrentes de consumo alimentar compulsivo - episódios bulímicos - tendo as seguintes características:
- ingestão em pequeno intervalo de tempo (i.e., aproximadamente em duas horas) uma quantidade de comida claramente maior do que a maioria das pessoas comeria no mesmo tempo e nas mesmas circunstâncias; e
 - sensação de perda de controle sobre o comportamento alimentar durante os episódios (i.e., a sensação de não conseguir parar de comer ou controlar o que e quanto come).
- b) comportamentos compensatórios inapropriados para prevenir ganho de peso, como vômito auto-induzido, abuso de laxantes, diuréticos ou outras drogas, dieta restrita ou jejum ou, ainda, exercícios vigorosos;
- c) os episódios e os comportamentos compensatórios ocorrem em média, duas vezes por semana, por pelo menos três meses;
- d) a auto-avaliação é indevidamente influenciada pela forma e peso corporais. O distúrbio não ocorre exclusivamente durante episódios de anorexia nervosa.

Quadro 3 – Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10
 Fonte: DSM-IV (2007b); ICD-10 (2010).



Link

Consulte os critérios e diagnósticos para outros distúrbios e patologias no DSM-IV – Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais e no CID-10 – Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados com a Saúde. Amplie seus conhecimentos, desenvolva suas habilidades!
Basta acessar: <http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/>.

4.5 A reabilitação nutricional na anorexia e na bulimia

A reabilitação nutricional na anorexia propõe-se a alcançar uma dieta balanceada e suficiente para atender às necessidades do indivíduo e recuperar o estado nutricional prejudicado pela doença. Existe a necessidade de uma alta ingestão calórica para a recuperação de peso, pois a taxa de metabolismo basal se altera – sabe-se que pessoas com anorexia nervosa do tipo restritivo necessitam de mais calorias do que aquelas do subtipo bulímico. Cada programa de tratamento deve estabelecer seu próprio protocolo para a pesagem das pessoas com anorexia ou bulimia em nível hospitalar ou ambulatorial. Este protocolo deve incluir quem deve ser pesado, quando a pesagem ocorre e se a pessoa deve ou não ser informada de seu peso (ALVARENGA; LARINO, 2002).

De acordo com a Associação Americana de Dietética (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2001), ao indivíduo, deve ser oportunizada a discussão com o nutricionista de como reage em relação ao seu peso atual.

A sessão nutricional é a oportunidade mais apropriada para a pesagem da pessoa. É quando se discutem suas reações e são providenciadas explicações para as mudanças de peso encontradas.

Um dos maiores medos das pessoas com anorexia ou bulimia é o de não parar de ganhar peso. Os nutricionistas têm o papel de ajudar o indivíduo a alcançar um peso aceitável e a mantê-lo com o passar do tempo. A reabilitação deve ser focada em fazer com que a pessoa consuma uma dieta variada e apropriada para manter seu peso e composição corporais.

No tratamento em nível ambulatorial, as metas da reabilitação nutricional são: a recuperação do peso, a cessação dos comportamentos para a perda de peso, melhora nos comportamentos alimentares e melhora no estado psicológico e emocional. Apenas a recuperação do peso não indica recuperação total, e

forçar o ganho de peso sem suporte psicológico é desaconselhável. Portanto, é fundamental que as equipes se comuniquem regularmente. Na Atenção Básica, o apoio dos profissionais do NASF, como nutricionista e psicólogo, é fundamental.

As metas de tratamento nutricional para pessoas internadas são as mesmas do ambulatório, porém as ações no ambiente hospitalar são intensificadas. O plano nutricional deve ajudar o indivíduo, o mais rápido possível, a consumir uma dieta que seja adequada em energia e nutricionalmente balanceada. O profissional de saúde que acompanha o caso deve monitorar a ingestão dietética, assim como a composição corporal para assegurar um ganho de peso apropriado. Conte com o apoio do nutricionista do NASF, quando ele fizer parte da equipe NASF em seu território.

Já na reabilitação e no aconselhamento nutricional na bulimia nervosa, o primeiro passo é compreender o comportamento bulímico e suas alterações.

O comportamento bulímico alterna períodos de restrição e compensação, e depende de uma série de fatores, quais sejam: a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível e o humor.

Para a identificação e o tratamento de pessoas com distúrbios alimentares, o comportamento alimentar deve ser caracterizado e avaliado para que as ações sejam efetivas e transformadoras. O conhecimento em profundidade do comportamento alimentar possibilita o planejamento da intervenção nutricional necessária para melhorar a qualidade da dieta desses indivíduos. As atitudes relacionadas ao alimento são bons preditores da ingestão alimentar (CORDÁS, 2004).



Link

BRASIL, Ministério da Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional**. Brasília, 2004. Disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br/sisvan.php>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **O guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável**. Brasília, 2006. Disponível em: <http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/guia_alimentar_capa.pdf>.

Agora, vamos contextualizar um caso para refletir. Acompanhe.

Há anos, a enfermeira da ESF atua na mesma unidade de saúde. Por este motivo, conhece, desde que nasceu, uma adolescente chamada Maria, agora com 19 anos de idade. A menina, dos 5 aos 8 anos de idade, sempre apresentou

sobrepeso. Mas com muito trabalho da ESF, a família e a menina, sob orientação da nutricionista do NASF, conseguiram realizar uma reeducação alimentar, o que fez diminuir consideravelmente o seu peso. Maria engravidou aos 16 anos, período em que novamente teve aumentado o seu peso. Ao realizar uma consulta de enfermagem, a enfermeira percebe que Maria emagreceu muito em pouco tempo. Intrigada, a enfermeira conversa com a jovem, procurando identificar os motivos para esse emagrecimento inesperado. A moça, visivelmente abalada e emocionalmente fragilizada, revela que tem passado por momentos de ingestão exagerada de comida seguida de episódios de vômito. Preocupada com a situação, a enfermeira propõe uma conversa com a psicóloga do NASF na própria unidade de saúde. Juntas, Maria, a enfermeira e a psicóloga elaboram um plano de ação, com intervenções conjuntas pertinentes ao caso, pactuando com Maria as responsabilidades de cada uma sobre essas ações.

A primeira ação a ser desenvolvida é o acompanhamento pelo nutricionista, discutindo com Maria uma rotina alimentar adequada às suas necessidades nutricionais, considerando as possibilidades de acesso aos alimentos e ao gosto da jovem.

Como visto, em diferentes momentos de contato com a comunidade, a enfermeira e os demais membros da equipe de saúde podem identificar necessidades em saúde que são pouco evidentes em um primeiro encontro.

Por meio do vínculo e da possibilidade de acompanhamento longitudinal das famílias da comunidade, os profissionais de saúde são capazes de identificar situações de saúde ou de doença que poderiam passar despercebidas em outras condições.

Questões ligadas à alimentação, tabus e lendas relacionadas às práticas alimentares são identificadas a partir da possibilidade de diálogo entre profissional e usuário. Por isso, procure desenvolver em sua prática profissional essa habilidade de observar as condições de saúde dos usuários, as evidentes ou as obscuras e as não relatadas.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, estudamos os indicadores atuais sobre a obesidade no Brasil e no mundo, assim como discutimos as características dessa doença, como também as relacionadas à anorexia e bulimia nervosas. Vimos, também, os fatores relacionados com a incidência e a prevalência dessas situações de saúde. E, diante da constatação de que tais problemas são decorrentes de complexas situações de vida, envolvendo aspectos emocionais, psicológicos, nutricionais e sociais, entendemos que seja necessário um planejamento de ações integradas e conjuntas, com amplo trabalho interdisciplinar dos profissionais de saúde e das famílias dessas pessoas. Esperamos ter fornecido subsídios que o auxiliem a identificar usuários com tais problemas, reforçando o trabalho em equipe como modo de apoiar essas pessoas no restabelecimento de sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M.; LARINO, M. A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 24, Supl. III, p. 39-43, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbp/v24s3/13970.pdf>>. Acesso em: 12 jul. 2012.

AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION. Position of the American Dietetic Association: nutritional intervention in the treatment of anorexia nervosa, bulimia nervosa, and eating disorders not otherwise specified. **Journal American Dietetic Association**, v. 101, n. 7, p. 810-819, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Obesidade. **Cadernos de Atenção Básica**, n. 12. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_obesidade.pdf>. Acesso em: 17 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <<http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/pnan2011.pdf>>. Acesso em: 09 jun. 2012.

CORDÁS, T. A. Transtornos alimentares: classificação e diagnóstico. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 31, n. 4, p. 154-157, 2004.

CATANEO, C.; CARVALHO, A. M. P.; GALINDO, E. M. C. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, autoconceito, *locus* de controle e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v18n1/24815.pdf>>. Acesso em: 10 jun. 2012.

ICD - 10 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems). **Behavioural syndromes associated with physiological disturbances and physical factors (F50-F59)**. Geneva: World Health Organization, 2010. Disponível em: <<http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2010/en#/F50-F59>>. Acesso em: 11 dez. 2012.

DSM IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais). **Anorexia Nervosa**. [s.l.], [200-?a]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php>. Acesso em: 10 dez. 2012.

DSM IV (Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais). **Bulimia**. [s.l.], [200-?b]. Disponível em: <http://www.psicologia.pt/instrumentos/dsm_cid/dsm.php>. Acesso em: 10 dez. 2012.

FRANCISCHI, R. P. P. et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Rev. Nutr.**, Campinas, v. 13, n. 1, p. 17-28, jan./abr. 2000. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rn/v13n1/7919.pdf>>. Acesso em: 16 abr. 2009.

GARRIDO, A. **O que é obesidade?** Rio de Janeiro: Clínica de Cirurgia da Obesidade Mórbida e Aparelho Digestivo, 2008.

GUEDES, D. P.; GUEDES, J. E. R. P. **Controle do peso corporal:** composição corporal, atividade física e nutrição. Londrina: MIDIOGRAF, 1998.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). **Pesquisa de Orçamentos Familiares - POF 2002-2003:** excesso de peso atinge 38,8 milhões de brasileiros adultos. Rio de Janeiro: IBGE, 2004. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=278>. Acesso em: 8 jun. 2012.

NAHAS, M. V. **Atividade física, saúde e qualidade de vida.** 4. ed. Londrina: MIDIOGRAF, 2006.

SANTOS, A. T. dos; PANATA, C. H.; SCHMITT, J. R. **A história de vida dos pacientes que se submetem a realização da cirurgia bariátrica.** 2009. 100f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação) - Curso de Graduação em Enfermagem, Departamento de Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2009.

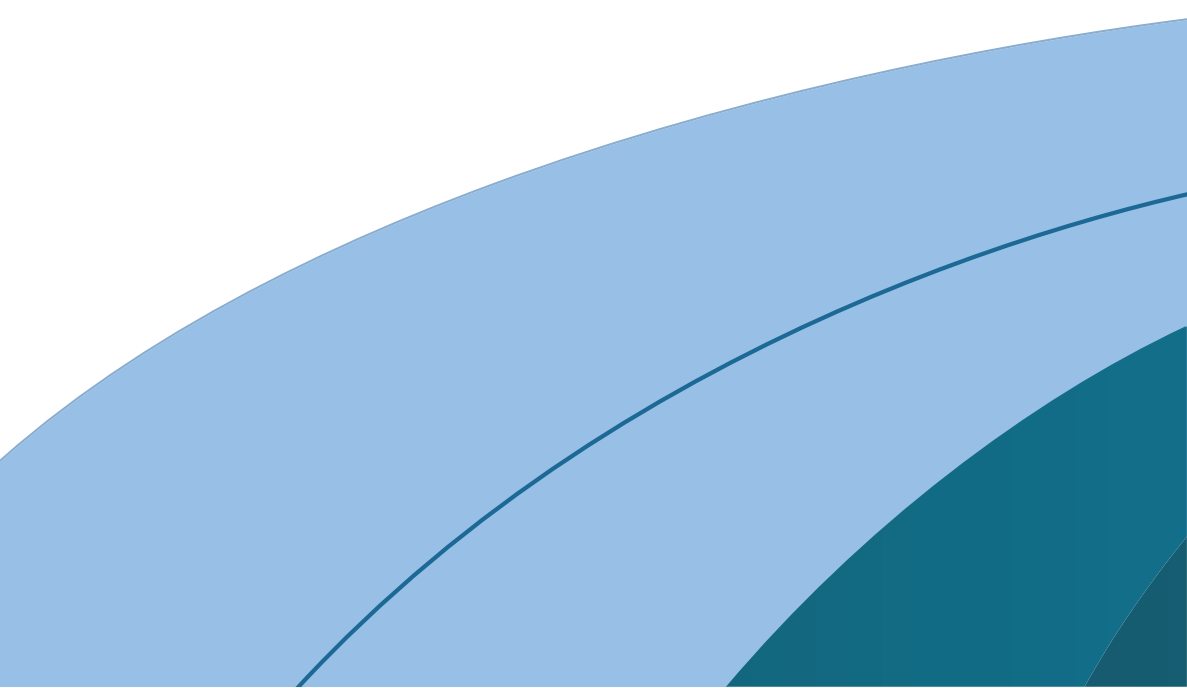
SALVE, M. G. C. Obesidade e peso corporal: riscos e consequências. **Movimento e Percepção**, Espírito Santo de Pinhal/SP, v. 6, n. 8, p. 29-48, jan./jun. 2006.

SEBOLD, L. F.; et al. **Proenf:** saúde do adulto. 2. ed. Florianópolis: ABEn, 2007.

WHO (WORLD HEALTH ORGANIZATION). Obesity and overweight. **Fact sheet** n. 311, Geneva, may 2012. Disponível em: <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>>. Acesso em: 12 out. 2012.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Enfermagem

Unidade 5



5 SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao longo do estudo deste módulo, uma premissa básica é recorrente – o processo saúde-doença como resultante de um conjunto de condições, além das biológicas, relacionadas aos modos de viver dos indivíduos e coletividades. Assim, para falar de saúde do trabalhador é preciso partir do reconhecimento do trabalho como importante elemento/categoria desse processo. Ou seja, consideramos que grande parte dos adultos é ou já foi trabalhadora, independentemente das formas como esse trabalho se insere, formal ou informalmente, na produção da vida social.

O trabalho, na nossa sociedade, não apenas é uma necessidade humana para a simples sobrevivência (trabalhar para obter alimento, por exemplo), mas é socialmente organizado de modo a ser o meio pelo qual os indivíduos têm acesso a formas de retribuição (como o salário) que lhes dão acesso a usufruir de diferentes bens e produtos (como moradia, alimentação, educação, segurança) disponíveis numa sociedade movida pelo mercado.

Por esta forma de ver, a qualidade de vida também é resultado do trabalho, e isso tem a ver com saúde. Mas essa não é a única relação entre trabalho e saúde. As formas de trabalhar, socialmente construídas e em constante transformação, também geram impactos sobre a saúde do trabalhador, seja diretamente sobre o corpo e a mente do sujeito que trabalha, seja em impactos ambientais gerados por atividades produtivas (sobre trabalhadores e toda a sociedade). As transformações dos processos de trabalho podem ser do ponto de vista tecnológico, da organização e das relações de trabalho, entre outras, além de determinações do macrocontexto político e econômico internacional.

Tão importante é esse reconhecimento da transversalidade do trabalho para a vida e a para a saúde, que a política de “Saúde do Trabalhador” torna-se uma preocupação pública e é parte integrante dos textos legais que abordam o direito universal à saúde.

5.1 Política Nacional de Saúde do Trabalhador

A saúde do trabalhador é uma área de competência do Sistema Único de Saúde (SUS) que articula o estudo, a prevenção, a assistência e a vigilância aos agravos da saúde relacionados ao trabalho. A atual Política Nacional de Saúde do Trabalhador foi implantada em 2004 e tem como objetivo reduzir os acidentes e as doenças relacionadas ao trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.



Link

Você pode buscar diretamente no *site* a seguir o que é a Saúde do Trabalhador.
Acesse:<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146>.

A Portaria n. 1.125/GM, de 6 de julho de 2005, dispõe sobre a Política de Saúde do Trabalhador para o SUS e afirma que tem como propósito:

[...] a promoção da saúde e a redução da morbimortalidade dos trabalhadores, mediante ações integradas, intra e intersetorialmente, de forma contínua, sobre os determinantes dos agravos decorrentes dos modelos de desenvolvimento e processos produtivos, com a participação de todos os sujeitos sociais envolvidos. (BRASIL, 2005, p. 1).

Suas diretrizes compreendem:

- a atenção integral da saúde dos trabalhadores, envolvendo a promoção de ambientes e processos de trabalho saudáveis;
- o fortalecimento da vigilância de ambientes;
- os processos e agravos relacionados ao trabalho;
- a assistência integral à saúde dos trabalhadores e a adequação e ampliação da capacidade institucional;
- a articulação intra e intersetorial;
- a estruturação de rede de informações em saúde do trabalhador;
- o apoio ao desenvolvimento de estudos e pesquisas em saúde do trabalhador;
- o desenvolvimento e capacitação de recursos humanos; e
- a participação da comunidade na gestão das ações na área.

Trabalhadores são todos os homens e mulheres que exercem atividades para sustento próprio ou de seus dependentes, qualquer que seja sua forma de inserção no mercado de trabalho, nos setores formais ou informais da economia. Estão incluídos nesse grupo os indivíduos que trabalharam ou trabalham como empregados assalariados, trabalhadores domésticos, trabalhadores avulsos, trabalhadores agrícolas, autônomos, servidores públicos, trabalhadores cooperativados e empregadores – particularmente, os proprietários de micro e pequenas unidades de produção. São também considerados trabalhadores aqueles que exercem atividades não remuneradas – habitualmente, em ajuda a membro da unidade domiciliar que tem uma atividade econômica –, os aprendizes e estagiários e aqueles temporária ou definitivamente afastados do mercado de trabalho por doença, aposentadoria ou desemprego (BRASIL, 2001).



Leitura Complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. 580p. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/genero/s00a.htm>>.

Também podemos pensar na intersetorialidade em relação à Saúde do Trabalhador. O Ministério da Saúde desenvolve uma política de ação integrada com os Ministérios do Trabalho e Emprego e da Previdência Social, cujas diretrizes compreendem:

1. Ampliação das ações, visando à inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde.
2. Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador.
3. Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação.
4. Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador.
5. Reestruturação da Formação em Saúde do Trabalhador e em Segurança no Trabalho e incentivo a capacitação e educação continuada dos trabalhadores responsáveis pela operacionalização da política.
6. Promoção de Agenda Integrada de Estudos e Pesquisas em Segurança e Saúde do Trabalhador. Política Nacional de Segurança e Saúde do Trabalhador – Diretrizes (Portaria Interministerial n. 800, de 3 de maio de 2005).

Já a Rede Nacional de Atenção à Saúde do Trabalhador (RENAST) é composta por Centros Estaduais e Regionais de Referência em Saúde do Trabalhador (CEREST) e por uma rede de serviços sentinela de média e alta complexidade capaz de atender as vítimas de agravos à saúde relacionados ao trabalho. Com repasses mensais do Fundo Nacional da Saúde, os Centros de Referência realizam ações de prevenção, promoção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e vigilância em saúde dos trabalhadores urbanos e rurais, independentemente do vínculo empregatício e do tipo de inserção no mercado de trabalho do trabalhador.

Resumindo, as principais estratégias e ações em execução pelo Ministério da Saúde (MS), para a Atenção Integral à saúde dos trabalhadores, englobam:

5 Trata-se de estudo epidemiológico longitudinal, em que um conjunto de indivíduos sem a doença em estudo é classificado em grupos segundo o grau de exposição a possíveis fatores de risco. Eles são então acompanhados por longo período de tempo (geralmente décadas) com avaliações e exames clínicos em datas específicas para que os pesquisadores identifiquem a ocorrência ou ausência da doença em questão nos diferentes grupos.

- a) Estratégia da RENAST (Port. GM/MS n. 2.437/05): em 2002 eram 17 CERESTs habilitados; em 2005, eram 110; em 2007, já existiam 161.
- b) Rede Sentinela: estruturação de rede de serviços de retaguarda especializada e hospitalar.
- c) Atenção Básica: construção do Acolhimento e Linhas de Cuidado em Saúde do Trabalhador.
- d) Protocolos de atenção à saúde do trabalhador.
- e) Trabalho infantil: Política Nacional da Saúde para Erradicação do Trabalho Infantil.



Link

Confira mais informações sobre o assunto em: BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria n. 2.437/GM de 7/12/2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>>.

Como você já pode perceber, a política nesta área é ainda incipiente e em processo de estruturação. Vários entraves para a efetivação da Atenção Integral à Saúde do Trabalhador podem ser levantados, e alguns deles dizem respeito à Atenção Básica. A título de exemplo, citamos:

- a) o fato de o trabalhador ter dificuldades de procurar os serviços de Atenção Básica (horários incompatíveis com o trabalho);
- b) a busca pelos serviços somente em casos mais graves ou acidentes;
- c) a falta de informação e a insegurança do trabalhador em revelar adoecimento relacionado ao trabalho;
- d) a falta de preparo dos trabalhadores da saúde em investigar a relação adoecimento e trabalho, prejudicando o estabelecimento dos nexos causais;
- e) a falta de informação acerca dos serviços disponíveis e direitos, por parte de usuários e da equipe de saúde.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2007), comparativamente às mulheres, os homens utilizam menos os serviços de Atenção Básica de Saúde e recorrem menos às consultas médicas, embora procurem com maior frequência emergências e prontos-socorros. Também demonstram mais dificuldades em buscar cuidados preventivos ou em praticar o autocuidado.

O nexo causal, necessário para definir se uma doença possui ou não relação com o trabalho, é feito pelo Nexos Técnico Epidemiológico, que nada mais é do que o uso da epidemiologia (por meio de [estudos de coorte](#)⁵) para estabelecer o processo saúde-doença na dimensão coletiva das diversas atividades econômicas

(nos diferentes setores produtivos). Isto só pode acontecer se existir uma rede de investigação e informação competente, com contribuições de diferentes locais que atendam este trabalhador. Por exemplo: sentindo a necessidade de um instrumento nacional para sistematizar as informações colhidas por ocasião do atendimento de trabalhadores, em caso de suspeita de doenças relacionadas ao trabalho, foi elaborado o “Protocolo de Anamnese Ocupacional”. Os CERESTs foram treinados nessa abordagem, mas toda a rede precisa estar adequadamente preparada para identificar as situações, encaminhar e acompanhar os trabalhadores, de acordo com cada situação.

Como reconhecer possíveis adoecimentos relacionados ao trabalho, mesmo quando este pode não ser o motivo principal de busca pelo serviço, ou quando não ocorre essa busca? Você e sua equipe podem pedir apoio de outros profissionais, em especial do médico do trabalho, do fisioterapeuta e do psicólogo do NASF, categorias que podem contribuir tanto para o reconhecimento das causas de adoecimentos relacionados ao trabalho, mas também em ações educativas que visem à prevenção do processo de adoecimento. Esses especialistas também podem auxiliar na formação dos profissionais da ESF quanto às orientações para tratamentos mais adequados a cada caso de adoecimento, contribuindo para a educação permanente desses profissionais.

Há uma década, a OMS estimava que na América Latina apenas entre 1 e 4% de todas as doenças ocupacionais eram notificadas. Será que essa situação está muito diferente agora?

Pela Portaria n. 1.339/GM, de 18 de novembro de 1999, o Ministério da Saúde instituiu a Lista de Doenças Relacionadas ao Trabalho, a ser adotada como referência dos agravos originados no trabalho, para uso clínico e epidemiológico. Essa lista é composta pela relação de agentes ou fatores de risco de natureza ocupacional (como chumbo, mercúrio, radiações ionizantes, ruídos, microrganismos, dentre outros, totalizando 27 agentes) com as respectivas doenças que podem estar a eles relacionadas. O conjunto de doenças do CID 10 (doenças relacionadas ao trabalho) é bem extenso e é dividido em diferentes grupos (BRASIL, 2001).

Começamos falando da complexidade de determinações que incidem sobre a saúde do trabalhador, uma vez que essas definem as condições sob as quais um trabalho é realizado. Assim, condicionantes sociais, econômicos, tecnológicos e organizacionais afetam a vida do trabalhador, além dos chamados fatores de risco ocupacionais presentes nos processos de trabalho – físicos, químicos, biológicos, mecânicos e aqueles decorrentes da organização laboral (biótipo e posicionamento do trabalhador em relação aos seus equipamentos de trabalho). As ações de saúde do trabalhador voltam-se para a atuação multiprofissional,

interdisciplinar e intersetorial com vistas a gerar mudanças nos processos de trabalho (BRASIL, 2001).

Em 2010, segundo o Anuário Estatístico da Previdência Social, os acidentes de trabalho provocaram enorme impacto social, econômico e sobre a saúde pública no Brasil. Conheça os dados referentes à quantidade de acidentes de trabalho liquidados (processos encerrados administrativamente pelo INSS, depois de completado o tratamento e indenizadas as sequelas):

- a) 720.128 acidentes registrados;
- b) 97.069 tiveram assistência médica;
- c) 2.712 óbitos;
- d) 14.097 casos de incapacidade permanente;
- e) 606.250 casos de incapacidade temporária (299.928 até 15 dias e 306.322 com mais de 15 dias);
- f) 1 morte a cada 3h;
- g) 21 acidentes a cada 15 minutos.

Segundo o Tribunal Superior do Trabalho (TST), a Previdência Social despende anualmente aproximadamente R\$ 10,7 bilhões com o pagamento de auxílio-doença, auxílio-acidente e aposentadorias. Com vistas à modificação dos dados alarmantes referentes aos acidentes de trabalho e suas consequências para os indivíduos, foi criado em maio de 2011 o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, porém sua resolução foi lançada apenas em março de 2012 (Resolução n. 96/2012). Este programa foi uma iniciativa do próprio TST e do Conselho Superior da Justiça do Trabalho, em parceria com Ministério da Saúde, Ministério da Previdência Social, Ministério do Trabalho e Emprego, além de Advocacia-Geral da União. Tem por principal objetivo reverter o crescimento do número de acidentes de trabalho no Brasil nos últimos anos.

Na verdade, a problemática da saúde dos trabalhadores não é suficientemente abordada por metodologias ou estratégias parciais, como as ligadas à medicina do trabalho ou à saúde ocupacional desenvolvida em empresas e ambulatórios. Essas medidas são importantes, especialmente se considerarmos que acidentes e doenças relacionadas ao trabalho são evitáveis. Daí a importância de estratégias de prevenção e proteção, e não apenas atendimento aos agravos já ocorridos. Mas muito sobre o sofrimento do trabalhador permanece pouco conhecido ou negligenciado.



Link

Você pode aprimorar seus conhecimentos em relação às estatísticas previdenciárias, acessando o Anuário Estatístico da Previdência Social 2010.

BRASIL. Ministério da Previdência Social. Empresa de Tecnologia e Informações da Previdência Social. **Anuário Estatístico da Previdência Social (1988/1992)**. Brasília: MPS/DATAPREV, 2010. Disponível em: <http://www.previdencia.gov.br/arquivos/office/3_111202-105619-646.pdf>.

Conheça na íntegra o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho, acessando na íntegra a Resolução n. 96/2012.

BRASIL. Conselho Superior da Justiça do Trabalho. Resolução n. 96/2012. Dispõe sobre o Programa Nacional de Prevenção de Acidentes de Trabalho e dá outras providências. Brasília: 26 de março de 2012. Disponível em: <http://www.abho.org.br/dmdocuments/2012/resolucao_96-2012.pdf>.

Além do *site* do TST. Disponível em: <<http://www3.tst.jus.br/prevencao/institucional.html>>.

Dados atuais sobre a saúde do homem (BRASIL, 2007) apontam a doença cardiovascular (destaque às doenças isquêmicas e cerebrovasculares) como a causa mais importante de mortalidade em homens, além do aumento das taxas de mortalidade por doenças hipertensivas e diabetes. Entre as principais neoplasias, estão da traqueia, brônquio e pulmão, da próstata e do estômago. Na região Sul, a neoplasia é segunda causa mais importante. Já imaginou a influência que o trabalho tem sobre a determinação dessas doenças?

Para dar resposta a um grande vazio sobre o desgaste e adoecimento dos trabalhadores, foi proposto o conceito de cargas de trabalho, como sendo elementos do processo de trabalho que, interagindo dinamicamente como o corpo do trabalhador, geram processos de adaptação ou exigências que acabam se traduzindo em desgaste desse sujeito. O desgaste, por sua vez, é visto como a perda da capacidade, potencial e/ou efetiva, corporal e psíquica (LAURELL; NORIEGA, 1989). As cargas, deste modo, situam-se como mediações entre o processo de trabalho e o desgaste psicobiológico (FACHINI, 1993) e podem ser agrupadas em diferentes tipos: físicas, químicas, biológicas, mecânicas, fisiológicas e psíquicas.

O estudo das cargas de trabalho pode fornecer dados fundamentais para o reconhecimento de como e por que os trabalhadores adoecem, mas, infelizmente, esses estudos são desenvolvidos pelo campo de conhecimento de saúde do trabalhador e ainda não conseguiram modificar significativamente o modo como são diagnosticados os agravos. Os diagnósticos situacionais, ou seja, a identificação do número de trabalhadores que sofrem algum tipo de adoecimento, lesão e/ou distúrbio deve vir da Atenção Básica.

Com estes dados, você e as equipes desse nível de atenção, junto à comunidade, poderiam fundamentar a solicitação da organização de um centro de reabilitação multi e interdisciplinar que atendesse a esse público. O apoio dos profissionais do NASF (fisioterapeuta, médico do trabalho, terapeuta ocupacional, psicólogo, assistente social), poderia ser útil no desenvolvimento de atividades norteadoras da identificação sobre as causas, diretas e indiretas, dos processos de adoecimento dos trabalhadores.

Hoje, para uma doença ser considerada como decorrente do trabalho, o nexó epidemiológico precisa ficar comprovado. Ainda há muito a ser estudado sobre o assunto. Enquanto isso, uma importante tarefa não pode ser negligenciada: a atenção à saúde dos próprios trabalhadores da saúde.

Entre as doenças mais comuns relacionadas ao trabalho dos profissionais de saúde, estão:

- a) LER/DORT, que, no passado, eram conhecidas como Lesões por Esforço Repetitivo (LER) e hoje são chamadas Doenças Osteomusculares Relacionadas ao Trabalho (DORT).
- b) Sofrimento mental, especialmente depressão, além do aumento da violência que acaba se traduzindo em doenças e acidentes de trabalho.
- c) Violência nas relações de trabalho, incluindo trabalho infantil e escravo.
- d) Violência relacionada ao gênero e ao assédio moral (FELLI et al., 2007).

Relativamente às cargas específicas do trabalho da enfermagem, identificadas há duas décadas, apesar de já figurarem como uma importante preocupação no âmbito da saúde do trabalhador, ainda não foram desenvolvidas intervenções adequadas, como demonstra um estudo realizado há quase vinte anos (GELBCKE, 1991), em um hospital-escola. Destacaram-se:

- a) cargas físicas (irradiações);
- b) cargas biológicas (material biológico e contato portadores de doenças infectocontagiosas);
- c) cargas químicas (quimioterápicos e antibióticos);
- d) cargas mecânicas (instrumentos de corte);
- e) cargas fisiológicas (esforço físico, posições incômodas e forçadas); e
- f) cargas psicológicas (estresse, sobrecarga de trabalho e responsabilidade).

Ainda de acordo com esse estudo de Gelbcke (1991), o perfil de morbidade dos trabalhadores de enfermagem compreende estresse e fadiga (50,98%), problemas de coluna (48,38%), enxaqueca e cefaleia (45,75%), infecção das vias aéreas superiores (45, 10%), varizes (28,10%) e problemas ortopédicos (20,26%).

Em relatos de agências dos Estados Unidos, estima-se que cerca de oito milhões de trabalhadores de saúde, anualmente, são vítimas de acidentes com material perfurocortante. Um estudo de Brandão (2000), citado por Fellietal (2007), realizado a partir de uma amostra de 16.922, indica que acidentes de trabalho, documentados pelo *National Surveillance System for Hospital Health Care Workers* (NaSH) no período de 1995 a 2001, ocorreram num percentual de 44% com enfermeiras, 28% com médicos, 15% com os técnicos de laboratórios, 4% com estudantes e 3% com pessoal da limpeza.

Nos afastamentos para tratamento de saúde entre os servidores da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) no ano de 2004, servidores da saúde totalizaram 26% do total de licenças, enquanto correspondiam a apenas 19% do total de servidores da prefeitura. As psicopatologias (Transtornos Mentais ou Comportamentais - CID F) tiveram maior incidência (19,9%), seguidas pelos problemas osteomusculares (13,26%). Além disso, 10% do total de servidores da Secretaria já tinham sido afastados por psicopatologias (D'ÁVILA; KUSTER; GIOVANETTI, 2005).

Talvez seja fácil determinar a causa das cargas emocionais e psicológicas sobre o trabalhador da saúde, pois convivem com situações de sofrimento e de fragilidades humanas, vulnerabilidades sociais e relacionadas aos próprios limites ao enfrentar tais situações. Além disso, há a exposição permanente ao risco de contágio e de acidentes, especialmente no caso da enfermagem. No entanto, a precariedade de condições de trabalho e inadequadas formas de organizá-lo aumentam ainda mais esse impacto e as tensões vividas no dia a dia. E, ainda, não vamos nos esquecer do sofrimento gerado por relações de trabalho que chegam aos maus tratos, ao abuso e à desvalorização do trabalhador, ou seja, diferentes formas de violência podem estar, de modo menos visível, implicadas na saúde desse trabalhador.



Link

Acesse as diretrizes básicas e a legislação relacionada à saúde do trabalhador. Ao longo do texto que você estudou, algumas delas foram citadas. Agora é o momento de buscar mais informações no *site*. Acesse:

- BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de doenças relacionadas com o trabalho.**

Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lista_doencas_relacionadas_trabalho.pdf>.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas Área Técnica de Saúde do Trabalhador. **Lesões por esforços repetitivos (LER) e distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (DORT).** Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ler_dort.pdf>.

Aproveite o momento de ampliação de conhecimentos e conheça a diferença entre LER e DORT.

- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância em Saúde Ambiental e Saúde do Trabalhador. **Dor relacionada ao trabalho:** lesões por esforços repetitivos (LER), distúrbios osteomusculares relacionados ao trabalho (Dort). Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <http://bvs-ms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dor_relacionada_trabalho_ler_dort.pdf>.

Agora, vamos fazer uma reflexão:

Em uma comunidade rural, onde o cacau é a principal cultura, diversos trabalhadores têm apresentado problemas nas articulações das mãos. Os profissionais da Atenção Básica decidem intervir e chamam a cooperativa daquela região para discutir a possibilidade de orientar os trabalhadores para que sejam evitadas condições adversas à saúde. Os trabalhadores concordam que tal proposta é interessante, mas alegam que não é possível interromper o trabalho para desenvolver a atividade proposta pela equipe. Os profissionais da AB decidem, então, acompanhar o processo de cultivo do fruto e aproveitam esse momento para identificar como a situação está provocando os problemas articulares nos trabalhadores. Na mesma oportunidade, conversam com os trabalhadores para conhecer cada movimento empregado no trabalho, para juntos buscarem alternativas que não sobrecarreguem nenhuma parte do corpo, propondo movimentos adaptados, modificações nas ferramentas de trabalho, utilização de roldanas para mexer as sementes, enfim, recursos disponíveis aos trabalhadores. Essa aproximação ocorreu há seis meses, e hoje os próprios trabalhadores vêm discutindo com seus superiores, meios de melhorar o processo de trabalho. A equipe não apenas conseguiu reduzir os problemas de saúde daquela população, como também reduziu o absenteísmo e os casos de invalidez. Além dessas

importantes conquistas, a atividade proporcionou o pensamento crítico-reflexivo dos usuários sobre sua própria condição de saúde e trabalho, capacitando-os a buscar alternativas para a proteção de sua saúde.

Essa é uma história fictícia, mas você pode perceber como essa aproximação dos profissionais da AB aos trabalhadores de diversos setores é importante e viável para proteger a saúde desses indivíduos.

Quais as possibilidades dessa história tornar-se, ao menos em parte, sua realidade assistencial? Que outros setores e profissionais você e sua equipe poderiam mobilizar para melhorar as condições de vida e trabalho em sua região? Reflita, discuta, pondere com sua equipe e comunidade.

SÍNTESE DA UNIDADE

Ao final deste conteúdo, você deve ter sido capaz de retomar importantes elementos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e alguns dos desafios para sua efetivação. A articulação dos recursos hoje existentes, com ativa participação dos serviços de Atenção Básica, é fundamental para o sucesso dessa política. Isso depende da formação de toda a equipe e da atenção da(o) enfermeira(o) para a importância de seu papel junto aos usuários trabalhadores e aos próprios trabalhadores da sua unidade, além de identificar a possibilidade de ampliar a assistência com o apoio do NASF.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil. **Doenças relacionadas ao trabalho**: manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/02_0388_M1.pdf>. Acesso em: 10 jul. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria n. 1.125/GM, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo, Brasília, 2005. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt1125_06_07_2005.html>. Acesso em: 9 jun. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação em Saúde. **Saúde Brasil 2007**: uma análise da situação de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2007.

D'ÁVILA, M. de L. S. I.; KUSTER, M. de F. C.; GIOVANNETTI, M. de O. **Quando a saúde adoecer**: situação de saúde mental dos servidores da Secretaria da Saúde do município de Curitiba. 2005. 79 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização) - Curso de Especialização em Saúde do Trabalhador, Faculdade Evangélica do Paraná, Curitiba, 2005.

FACHINI, L. A. Uma contribuição da epidemiologia: o modelo da determinação social aplicado à saúde do trabalhador. In: BUSCHINELLI, J. T. P.; ROCHA, L.; RIGOTTO, R. M. (Org.). **Isto é trabalho de gente?**: vida, doença e trabalho no Brasil. São Paulo: Vozes, 1993. p. 178-186.

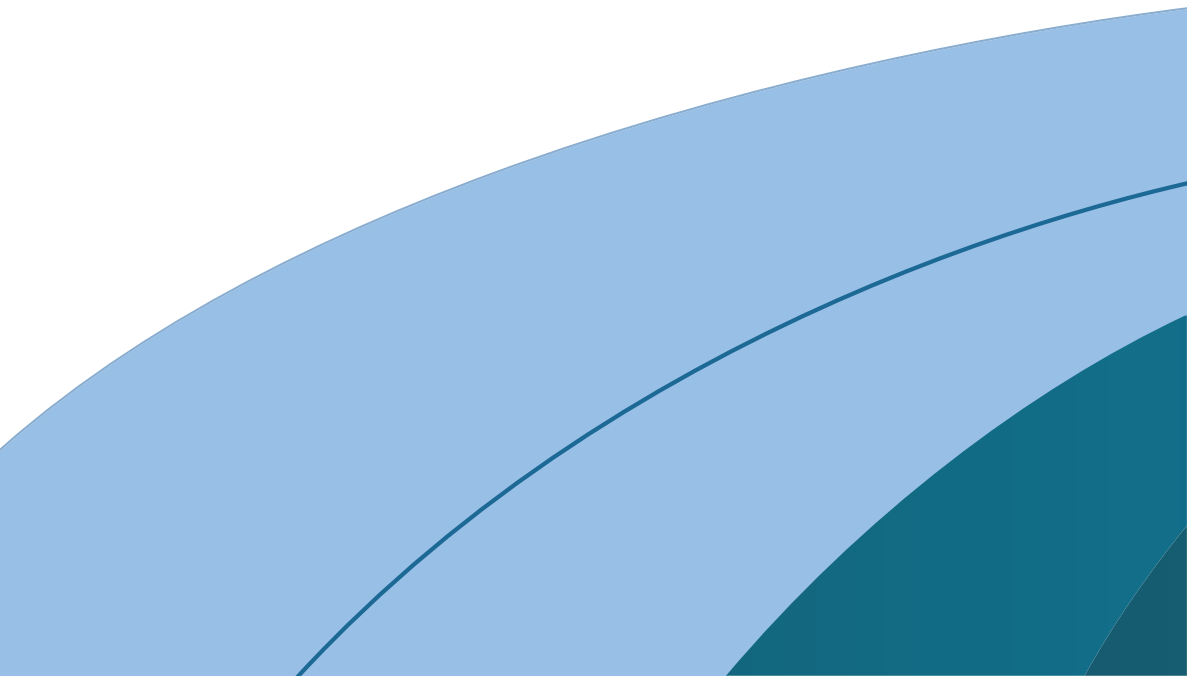
FELLI, V. E. A. et al. Assistência à saúde do trabalhador no contexto da saúde do adulto. In: MARTINI, J. G.; FELLI, V. E. **Programa de atualização em enfermagem**: saúde do adulto. Porto Alegre: Artmed/Panamericana, 2007.

GELBCKE, F. L. **Processo saúde-doença e processo de trabalho**: a visão dos trabalhadores de enfermagem de um hospital escola. 1991. 266 p. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1991.

LAURELL, A. C.; NORIEGA, M. **Processo de produção e saúde**: trabalho e desgaste operário. São Paulo: Hucitec, 1989.

Atenção Integral à Saúde do Adulto
Enfermagem

Unidade 6



6 EXPERIÊNCIAS EXITOSAS DO TRABALHO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO BÁSICA – SAÚDE DO ADULTO

Nesta unidade, vamos acompanhar exemplos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre a integração e atuação de membros da Equipe de Saúde da Família (ESF) e do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) em algumas cidades brasileiras.

6.1 Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária

No município de Belo Horizonte, a Atenção Básica tem como parâmetro diferentes eixos de intervenção que se fundamentam na proposta de reorganização, qualificação e fortalecimento da assistência no nível local, na perspectiva da integralidade da atenção. Nota-se, na prática, que os Centros de Saúde são a referência da população para a busca de soluções às diferentes situações de doenças e agravos à saúde e, em meio à amplitude de abordagens ao sujeito, surgem, com menos frequência, alguns casos complexos que exigem atendimento imediato. Nessas situações, os profissionais de saúde precisam interromper a rotina diária e, rapidamente, mobilizar-se para atender às emergências. Predominantemente, essas demandas são atendidas nos serviços hospitalares ou nas unidades de pronto atendimento.

Entretanto, há situações em que o indivíduo que sofre determinado agravo, de natureza clínica, traumática ou psiquiátrica, procura o local mais próximo da residência para socorro: o Centro de Saúde. Destaca-se que é nesse dispositivo que o usuário possui vínculo, o que pode levar a população adscrita a procurar a Unidade, sobretudo pela proximidade do domicílio.

Diante disso, está revelada a necessidade de que o profissional que atua na Atenção Básica, além de ações voltadas à promoção da saúde e prevenção de doenças, esteja apto a prestar os primeiros atendimentos às situações de urgência e emergência.

Considerando a necessidade de educação permanente em saúde (EPS), que se dá no trabalho, pelo trabalho e para o trabalho, organizada como processo permanente, de natureza participativa e multiprofissional, e considerando a necessidade dos profissionais para o atendimento de agravos emergenciais na Atenção Básica, de adequação dos ambientes para o atendimento, este trabalho buscou instrumentalizar a equipe de saúde desse nível de atenção para o atendimento de Parada Cardiorrespiratória (PCR).

A intervenção foi desenvolvida em um Centro de Saúde da região Norte de Belo Horizonte (MG), no segundo semestre de 2009. O território sob responsabilidade do Centro de Saúde possui 17 microáreas atendidas por quatro Equipes de Saúde da Família, responsáveis pela atenção a 4.043 famílias, classificadas como de médio, elevado e muito elevado risco, considerando-se o índice de vulnerabilidade da saúde.

A abordagem principal consistiu na construção de uma rotina de atendimento e organização de oficinas teórico-práticas com o apoio da equipe de uma Unidade de Pronto Atendimento (UPA), focando a metodologia participativa e a análise qualitativa dos resultados. Participaram das discussões 22 profissionais de saúde. Os resultados obtidos foram positivos. Houve troca de experiências entre as equipes dos dois níveis de atenção, culminando na construção de uma rotina de atendimento de parada cardiorrespiratória, adequada à realidade da Atenção Básica. A discussão do atendimento de emergências no nível primário de atenção à saúde é uma forma de preparar os profissionais para a prestação de assistência integral em qualquer ambiente de cuidado.

Com base no trabalho desenvolvido com a equipe do Centro de Saúde, pode-se inferir que a PCR é um tipo de atendimento pouco frequente no cotidiano da Atenção Básica. Por outro lado, é de suma relevância que essa temática seja trabalhada com toda a equipe desse nível de atenção, considerando-se que o Centro de Saúde é, em algumas situações, a referência mais próxima do domicílio do usuário, exigindo capacitação profissional para uma intervenção imediata.

É importante que o atendimento à PCR, bem como os demais casos de urgência e emergência, componha o rol de discussões e capacitações programadas e articuladas no cotidiano de trabalho das Unidades de Saúde em todos os níveis de assistência. Essa prática pode ser compreendida como fundamental para um cuidado qualificado e pode ser realizada periodicamente (BARBOSA et al., 2011).

6.2 Calendário educativo da saúde

Atualmente, os recursos tecnológicos das equipes de saúde podem estar desarticulados da realidade local, centradas na assistência médico-hospitalar especializada, em que as novas tecnologias são incorporadas à prática de forma acrítica, configurando-se num modelo centrado na doença e com pouca resolubilidade. A mudança deste Modelo de Atenção à Saúde envolve a adoção de práticas integrais e cuidadoras. Significa pensar na saúde de forma integral, respeitando as peculiaridades de cada setor, fortalecendo parcerias e a discussão a respeito das necessidades de saúde da população.

Desta maneira, é necessário buscar alternativas para que as pessoas da comunidade priorizem um sistema de saúde em que haja a incorporação de ações de promoção de saúde e de prevenção de riscos e doenças, por meio de atividades educativas permanentes.

O município de Vargem Bonita, segundo fonte do IBGE 2010, conta com 4.793 habitantes, área territorial 298,611 km². Vargem Bonita é um município com 14 comunidades e possui duas áreas de abrangência, cobertas por duas Equipes de Saúde da Família. A ESF 1 abrange o centro de Vargem Bonita, o bairro Anzolin, Bela Vista I e II, Domicilia Cassiano, Brasília, Madezati, Giasson, Coração, Assentamento 25 de Maio, Linha Casan, Linha Spader, Linha Nossa Senhora do Carmo, Tunal, Tunalzinho e São José. A ESF 2 abrange a Vila Campina da Alegria, Campina Redonda, Pinhal Grande e Assentamento 9 de Novembro. Devido ao número de comunidades locais, os moradores apresentavam dificuldade em saber os dias de atendimento da equipe (médico, dentista, enfermeira e assistente social) em sua região.

Em visitas domiciliares, os Agentes Comunitários de uma das unidades de saúde perceberam que, em sua região, o calendário, ou “folhinha do ano”, estava presente em praticamente todas as residências. Como a equipe de saúde havia percebido uma baixa participação da comunidade nas atividades educativas realizadas, e que, com a existência de muitos grupos na unidade, os moradores tinham dificuldades em saber a data correta das reuniões dos grupos, a equipe imaginou uma maneira eficiente de fazer com que as reuniões de grupos comesçassem a fazer parte da rotina dessas famílias. A solução proposta consistiu na distribuição de um calendário educativo de saúde, no qual estariam todas as ações de saúde programadas e agendadas para o próximo ano, bem como telefones úteis e as datas de atendimento no interior do município. Desta maneira, surgiu a proposta da criação do Calendário Educativo da Saúde.

O planejamento das estratégias e das ações de educação em saúde responde ao princípio da participação ampliada, respeitando as peculiaridades locais de cada população. Em Vargem Bonita, o recurso adotado para garantir a efetiva participação foi a formulação do Calendário Educativo da Saúde, que teve grande adesão pela população assistida pelas equipes. As ações preventivas e a educação em saúde têm maior prestígio após a implantação do calendário. A comunidade participa das ações de educação em saúde e, conseqüentemente, possui uma melhor qualidade de vida. Além disso, a equipe de Estratégia de Saúde da Família está motivada a realizar as atividades e, também, a aperfeiçoar-se com a educação continuada para obter resultados cada vez mais positivos (GEMELLI et al., 2011).

6.3 Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo

Na Unidade de Saúde da Família (USF) do bairro Tributo, em Lages (SC), foi identificada uma quantidade alta de fumantes e, como consequência, um grande número de consultas médicas era destinado ao tratamento dos malefícios causados pelo tabaco.

Com a presença de uma equipe multidisciplinar na USF e com dois programas de Residência, foi criado um grupo antitabagismo junto à comunidade, chamado de “*Todos contra um*”. O grupo realizou vários encontros, cada um conduzido por um profissional da equipe, com a abordagem de temas específicos. A médica, por exemplo, falava sobre os malefícios do cigarro; a dentista informava sobre os riscos do cigarro na saúde bucal; os psicólogos aplicavam técnicas de relaxamento e psicologia positiva, entre outros. Os encontros semanais, de duração de aproximadamente noventa minutos, procuravam promover o apoio aos usuários tabagistas da população adstrita no território abrangido pela unidade, tendo como objetivos trabalhar a prevenção das doenças desencadeadas pelo uso de tabaco; informar aos usuários os malefícios do tabaco; apresentar estratégias para que consigam parar de fumar; desmitificar informações em relação ao tabaco; desenvolver atividades de promoção de saúde; dentre outros. Foram realizados, também, passeios para a integração do grupo e premiação das pessoas que conseguiram parar de fumar.

O grupo de combate ao tabagismo teve início em abril de 2009. A equipe multiprofissional responsável pelo projeto é composta por uma médica, uma assistente social, uma dentista, dois psicólogos e uma enfermeira, todos residentes em Saúde da Família e Comunidade, uma auxiliar de enfermagem e três agentes comunitárias de saúde.

A condução dos encontros obedeceu a metodologias ativas, com emprego de métodos e técnicas que possibilitem e facilitem aos integrantes do grupo vivenciar seus sentimentos, percepções sobre os fatos e informações e refletir sobre eles, ressignificando seus conhecimentos e valores e percebendo as possibilidades de mudança.

Na primeira reunião, com a presença de três usuários, realizou-se a exposição dos objetivos do grupo, bem como a apresentação de todos os participantes e da equipe técnica, buscando-se conhecer as experiências prévias dos usuários e seus anseios com o grupo, abrindo-se um espaço para que outras propostas fossem trazidas por todos. No decorrer do processo foram utilizadas diversas dinâmicas a fim de estimular a participação dos usuários e buscar o objetivo de parar de fumar.

O grupo, após quatro meses de atividades, já contava com a participação de 13 usuários, sendo que três já haviam conseguido parar de fumar. Importante ressaltar que nenhum deles necessitou de tratamento medicamentoso, contando apenas com o apoio do grupo. Além disso, há vários participantes que, embora não tenham parado de fumar, já conseguiram diminuir a quantidade de tabaco/dia. Os usuários que cessaram o tabagismo já perceberam mudanças físicas, como diminuição da falta de ar, melhora da disposição para a prática das atividades diárias, entre outros.

Observa-se que o conceito de qualidade de vida desses indivíduos vai além de não mais ingerir as substâncias maléficas do tabaco, já que se sentiram mais confiantes em si mesmos, levando essa experiência para outros aspectos da sua vida, pois perceberam-se determinados, sendo sujeitos ativos para a mudança. Pensando ainda nos aspectos psicológicos, ressalta-se que os usuários que conseguiram parar de fumar não desenvolveram outros vícios nem manias como forma de compensação do comportamento extinguido.

Cabe ressaltar que, quando um sujeito para de fumar, provoca uma “ruptura” em sua vida, ele precisa abolir o comportamento de uso do cigarro, buscando se adaptar a uma “nova forma” de experiência em saúde. Modificar hábitos e condutas não é tarefa fácil, por isso a importância da iniciativa de grupos onde os sujeitos possam encontrar “o seu lugar”, um lugar que garanta a cada um a sua importância.

Dentre outros aspectos, destaca-se a também a iniciativa de construção de redes sociais na vida das pessoas, de redes de apoio, de sentimento de pertença, de maior envolvimento com o outro para desenvolver a capacidade de apoiar. Afinal, precisamos encontrar apoio e sentir que alguém acredita em nós.

Pode-se perceber que no grupo Todos Contra Um, além de terem o objetivo comum de parar de fumar, os participantes buscaram o objetivo de levar informação para outras pessoas, pois se tornaram amplos divulgadores das atividades desenvolvidas e principalmente da necessidade de cessação do vício para a população do bairro.

Diante do exposto, entende-se que a existência da equipe multiprofissional é crucial para a compreensão dos diversos fenômenos humanos, já que apenas um olhar não dá conta de responder às vicissitudes do ser humano.

Na tentativa de promover mudanças no modelo assistencial e em suas práticas no SUS, a prevenção de doenças e agravos tem tido maior enfoque. Grupos antitabagismo possibilitam ações voltadas à prevenção dos danos causados pelo tabagismo e sobretudo à promoção de melhor qualidade de vida a esses usuários.

Quanto aos profissionais de saúde, é preciso não ter uma postura passiva, e sim proativa, agindo sobre contingências (quando possível) e não no aguardo de doença para tratar (FREDERICO et al., 2010).

6.4 Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária

Saúde Comunitária era o nome de um programa de rádio, que nasceu em 2004, com a intenção de se inserir na tradição dos meios de comunicação de massa. Foi concebida inicialmente na cidade de Curitiba (PR).

A essência do projeto era o desenvolvimento de um programa educativo, utilizando rádios comunitárias e rádios livres. Na época, foi produzido na Secretaria de Comunicação Social da prefeitura de Curitiba e distribuído sem custos para dez estações de rádios comunitárias e livres do Brasil.

Em 2005, iniciou-se a segunda fase do programa Saúde Comunitária, desta vez na cidade de Rio Negro, interior de Mato Grosso do Sul. Foi concebido e desenvolvido como parte das atividades da Equipe de Saúde da Família da área urbana. Ficou no ar até dezembro de 2008.

O relato a seguir teve por base as experiências vivenciadas no município de Rio Negro (MS), no período em que o programa esteve no ar, na rádio comunitária Rio Negro FM, e descreve parte das atividades cotidianas da ESF com a finalidade de motivar debates em torno de temas importantes para saúde e cidadania.

Alguns servidores atuavam apenas em pesquisas de opinião e no desenvolvimento dos temas e não necessariamente à frente dos microfones. Conforme o tema, outros profissionais e principalmente pessoas da comunidade eram convidados a falar, pois a intenção era criar um diálogo entre o saber popular e o saber dos trabalhadores da saúde.

O propósito do projeto foi partilhar informações com a população e com os servidores, mobilizando e suscitando a participação em atividades presenciais, divulgar serviços, contribuir com a conscientização dos servidores quanto ao trabalho, discutindo questões relativas ao protagonismo e à cidadania da população (PRADO et al., 2011).

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, buscamos apresentar exemplos práticos e relatos de experiências na Atenção Básica sobre possibilidades de interlocução entre os membros da Equipe de Saúde da Família – ESF e desta com os Núcleos de Apoio à Saúde da Família – NASF. Com isto, reforçamos a importância do trabalho em equipe interdisciplinar articulado com a comunidade em que, cada vez mais, os saberes popular e científico dialogam na perspectiva de uma atenção à saúde que seja integral e acolhedora, nas diferentes situações que demandam atenção integral ao adulto que busca a Unidade Básica de Saúde.

REFERÊNCIAS

BARBOSA, M. A. F. et al. Capacitação dos profissionais de saúde para o atendimento de parada cardiorrespiratória na atenção primária. **Revista APS**, n. 14, v. 2, p. 233-238, abr./jun., 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1057/481>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

FREDERICO, D. F. et al. Todos contra um: a experiência de um trabalho multiprofissional contra o tabagismo. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, ano I, n. 2, mar. 2010. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 02 jun. 2012.

GEMELLI, J. J. et al. Calendário educativo da saúde. **Revista Catarinense de Saúde da Família**, ano II, n. 6, dez. 2011. Disponível em: <portalses.saude.sc.gov.br/index.php?option=com_docman&task=cat_view&gid=457&Itemid=82>. Acesso em: 02 jun. 2012.

PRADO, E. V. et al. Construindo cidadania: educação popular em saúde via rádio comunitária. **Revista APS**, n. 14, v. 4, p. 497-501, out./dez., 2011. Disponível em: <<http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/1666/562>>. Acesso em: 01 jun. 2012.

SÍNTESE DO MÓDULO

Neste módulo, buscamos contribuir para a sua formação profissional como membro da equipe de saúde junto às Equipes da Atenção Básica na atenção integral à saúde do adulto.

Por meio da apresentação de dados estatísticos, características e tratamentos das doenças mais prevalentes no adulto, esperamos auxiliá-lo nos procedimentos práticos e teóricos de seu dia a dia, de modo que você consiga fomentar a qualidade de vida daqueles que sofrem com tais agravos e doenças. Também esperamos motivá-lo a aprofundar seus estudos e a desenvolver a árdua e também gratificante tarefa de qualificar a Atenção Básica e a Rede de Atenção à Saúde do SUS.

AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior

Possui graduação em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (1975), mestrado em Saúde Pública pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e doutorado em Odontologia pela Universidade Federal de Santa Catarina (2008). Atualmente é Professor Assistente da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Odontologia, com ênfase em Odontologia Social e Preventiva, atuando principalmente nos seguintes temas: promoção da saúde, odontologia social, odontologia na saúde da família, recursos humanos e saúde coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/0883395990706120>

Fernanda Lazzari Freitas

Possui graduação em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (2003) e Residência Médica pelo Grupo Hospitalar Conceição (2006). Atualmente é Médico de Família e Comunidade da Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. Tem experiência na área de Medicina, com ênfase em Medicina de Família e Comunidade, atuando principalmente nos seguintes temas: atenção primária à saúde, medicina de família e comunidade.

<http://lattes.cnpq.br/8514958534667487>

Flávia Regina Souza Ramos

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Mato Grosso (1983), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1992), doutorado em Filosofia em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1995) e pós-doutorado pela Universidade de Lisboa (Educação). Atualmente é professora da Universidade Federal de Santa Catarina (Professor Associado, Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem). É pesquisadora (Produtividade /CNPq) do grupo PRÁXIS - saúde, trabalho, cidadania e enfermagem. Tem experiência na área de Saúde Coletiva, com ênfase em Filosofia e Saúde, atuando principalmente nos seguintes temas: enfermagem, trabalho em saúde, processo de trabalho em enfermagem, bioética, ética e trabalho; educação e trabalho em saúde.

<http://lattes.cnpq.br/3027670493001716>

Heitor Tognoli

Médico graduado pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), mestre em Saúde e Gestão do Trabalho: Saúde da Família, especialista em Ativação dos Processos de Mudança na Formação do Ensino Superior na Área da Saúde, e doutorando em Saúde Coletiva na UFSC. Atualmente é coordenador e professor das disciplinas Medicina de Família e Comunidade e Medicina Preventiva, da Universidade do Vale do Itajaí, vice-coordenador do Núcleo de Telessaúde de Santa Catarina e gerente de coordenação de Atenção Básica da Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina. Tem experiência na Atenção Básica, atuando principalmente nos seguintes temas: formação de recursos humanos para o SUS, medicina de família, e comunidade e saúde coletiva.

<http://lattes.cnpq.br/0924957139162042>

Lúcia Nazareth Amante

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1981), mestrado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2000) e doutorado em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (2005). Atualmente Professor Adjunto II, é subcoordenadora do curso de graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Perioperatória, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidados de enfermagem, processo comunicacional, qualidade de vida no neurotrauma e fundamentos da segurança do paciente.

<http://lattes.cnpq.br/3414893302382437>

Luiz Roberto Agea Cutolo

Graduado em Medicina pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), especialista em Pediatria, doutor em Educação pela mesma universidade. Professor Adjunto do Departamento de Pediatria, coordenador do Núcleo Telessaúde-SC, e membro da Coordenadoria Pedagógica da Interação Comunitária, é professor permanente do Mestrado em Saúde e Gestão do Trabalho da Universidade do Vale do Itajaí (Univali). Coordenador do módulo Bases Teóricas da Saúde da Família, pesquisador atuante nos temas de educação em saúde, interdisciplinaridade, atenção primária da saúde e epistemologia das ciências da saúde.

<http://lattes.cnpq.br/9742453607223778>

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Possui graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (1978), mestrado em Enfermagem pela EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro (1987), livre docência em Exercício da Enfermagem pela UNIRIO/RJ (1991) e doutorado em Enfermagem pela EEAN/Universidade Federal do Rio de Janeiro (1997). Atualmente é professor Associado II do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em história da enfermagem. Atua nas linhas de pesquisas História da Saúde e Enfermagem, e Educação em Saúde e Enfermagem, pesquisando principalmente os seguintes temas: ensino da história da enfermagem, enfermagem pré-profissional, gênero, educação em saúde, enfermagem em saúde do adulto, reforma psiquiátrica e ética. Tem livros e capítulos de livros nacionais e internacionais e vários artigos publicados em periódicos nacionais e internacionais. É membro de conselho editorial e consultora *ad hoc* de vários periódicos no Brasil e da NursingInquiry/Canadá. Realizou estágio pós doutoral em História da Enfermagem, pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursingat, University of Toronto, pesquisadora do CNPq - 1D.

<http://lattes.cnpq.br/0763360754118102>

Fernanda Alves Carvalho de Miranda

Possui Graduação em Fisioterapia pela Universidade do Estado de Santa Catarina (2001), Pós-Graduação em Fisioterapia em Traumatologia-Ortopedia e Desportiva (2002), Mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade Federal de Santa Catarina (2011). Atualmente é doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa em Educação em Enfermagem e Saúde EDEN do PEN. Foi docente colaboradora na Universidade do Estado de Santa Catarina entre 2005 e 2008 tendo ministrado disciplinas para o curso de Fisioterapia e de Educação Física. Foi teleconferencista do Telessaúde de Santa Catarina em 2010/2, com a proposta de educação permanente na Atenção Básica, sob a perspectiva da Fisioterapia. Foi tutora a distância da primeira oferta do curso de Especialização em Saúde da Família UNA-SUS/UFSC nos anos de 2010 e 2011. Sua dissertação de mestrado teve como tema a atuação do fisioterapeuta na Atenção Básica.

<http://lattes.cnpq.br/4917469340402230>



Ministério
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde
Santa Catarina