



Saúde do Homem

Iniciar

Produção e
Realização:



AVISO

A apresentação dos fatos a seguir é baseada em experiências reais. Os profissionais de Saúde da Família são tratados aqui enquanto personagens de uma narrativa, tendo suas ações descritas nesta qualidade. O teor das situações vivenciadas por eles foi preservado, para que desta forma se constitua base para a promoção das reflexões desejadas.



Saúde do Homem no Sistema Único de Saúde [1]

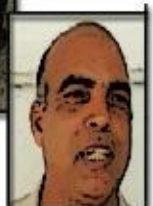
A política Nacional de Saúde do Homem está alinhada com a Política Nacional de Atenção Primária do SUS, e privilegia a Estratégia Saúde da Família, evitando assim, a setorialização de serviços ou a segmentação de estruturas.

Esta política reconhece que os agravos do sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Um de seus principais objetivos é qualificar a atenção à saúde da população masculina, incluindo-a em todas as ações da equipe, e na organização do acesso e acolhimento a serem desenvolvidas na atenção primária.

Vários estudos comparativos entre homens e mulheres têm demonstrado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres. Um dos aspectos relacionados a esta vulnerabilidade é atribuído ao fato de os homens não



menu ▾



buscarem, como o fazem as mulheres, os serviços de atenção primária, adentrando o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência agravo da morbidade retardando o cuidado e apresentando, maior custo para o sistema de saúde.

Reconhecer que a população masculina acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada traz o desafio de desenvolver mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária de modo a que o cuidado a este grupo, não se restrinja às atividades assistenciais, mas garanta, também, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis.

As representações sociais de masculinidade e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde na atenção primária repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população, especialmente às situações de violência e de risco para as doenças crônicas.

A mobilização da população masculina brasileira pela garantia de seu direito social à saúde também é um dos desafios dessa política, que pretende politizar e sensibilizar homens para o reconhecimento e a conquista de suas condições sociais e de

Saiba 

menu ▾



saúde por meio da atenção especializada traz o desafio de desenvolver mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária de modo a que o cuidado a este grupo, não se restrinja às atividades assistenciais, mas garanta, também, a promoção da saúde e a prevenção a agravos evitáveis.

As representações sociais de masculinidade e as dificuldades de acesso aos serviços de saúde na atenção primária repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população, especialmente às situações de violência e de risco para as doenças crônicas.

A mobilização da população masculina brasileira pela garantia de seu direito social à saúde também é um dos desafios dessa política, que pretende politizar e sensibilizar 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.



RASTREAMENTO

O termo rastreamento, derivado do inglês screening, vem da idéia de peneira – do inglês sieve –, rica em furos. Deve haver uma clara distinção entre rastreamento e diagnóstico de doenças. Quando um indivíduo exhibe sinais e sintomas de uma doença e um teste diagnóstico é realizado, este não representa um rastreamento. No rastreamento, exames ou testes são aplicados em pessoas saudáveis, o que implica, repetimos e enfatizamos, garantia de benefícios relevantes frente aos riscos e danos previsíveis e imprevisíveis da intervenção. Tanto o rastreamento como o diagnóstico podem usar vários métodos e exames, assim como vários limiares ou pontos de corte para designar a condição. No rastreamento, um exame positivo não implica fechar um diagnóstico, pois geralmente são exames que selecionam as pessoas com maior probabilidade de apresentar a doença em questão. Outro teste confirmatório (com maior especificidade para a doença em questão) é necessário depois de um rastreamento positivo, para que se possa estabelecer um diagnóstico definitivo.

Os programas de rastreamento organizados são aqueles nos quais se detém maior controle das ações e informações no tocante ao rastreamento. São sistematizados e voltados para a detecção precoce de uma determinada doença, condição ou risco, oferecidos à população assintomática em geral e realizados por instituições de saúde de abrangência populacional



RASTREAMENTO

assintomática em geral e realizados por instituições de saúde de abrangência populacional (usualmente Sistemas Nacionais de Saúde).

No Sistema Único de Saúde, existe atualmente um esforço para a construção e implementação de programas organizados de rastreamento populacional, iniciativa essa tanto por parte do Ministério da Saúde como do Instituto Nacional do Câncer (INCA). A experiência internacional não deixa dúvidas quanto à conveniência dos programas organizados de rastreamento. No Brasil, devido à extensão territorial, ao volume populacional e ao sucesso da Estratégia Saúde da Família, os programas de rastreamento nacionais devem ser estruturados a partir da APS – seguindo exemplo de países com forte tradição, como a Inglaterra, em que os programas são construídos a partir dos serviços de APS e dos médicos de Família e Comunidade. Portanto, no Brasil, os serviços estruturantes e responsáveis pela coordenação da rede integrada de atenção à saúde desses programas de rastreamento devem ser as equipes de Saúde da Família.

Recomenda-se fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 35 anos ou mais. (Grau de recomendação A.) E o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença



[1]

ada com a
privilegia a
lização de

masculino
n de seus
população
oe, e na
olvidas na

neres têm
doenças,
rrem mais
ionados a
mens não



RASTREAMENTO

Estratégia Saúde da Família, os programas de rastreamento nacionais devem ser estruturados a partir da APS – seguindo exemplo de países com forte tradição, como a Inglaterra, em que os programas são construídos a partir dos serviços de APS e dos médicos de Família e Comunidade. Portanto, no Brasil, os serviços estruturantes e responsáveis pela coordenação da rede integrada de atenção à saúde desses programas de rastreamento devem ser as equipes de Saúde da Família.

Recomenda-se fortemente o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 35 anos ou mais. (Grau de recomendação A.) E o rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos quando se enquadrarem como um grupo de alto risco para doença coronariana. (Grau de recomendação B.) Não há recomendação contra ou a favor do rastreamento das desordens lipídicas em homens com 20 a 35 anos se eles não estiverem em grupo alto risco cardiovascular. (Grau de recomendação C.)

Veja outros temas sobre a Saúde do Homem no link:

<http://www.telessaudebrasil.org.br/php/index.php?portal=subportal4>



menu ▾

**Doença crônico-degenerativa** [3]

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) são condições ou enfermidades que têm um período de vida superior a três meses e que não são autolimitadas. (OMS, 2002). Tornaram-se uma prioridade de saúde no Brasil — 72% de todas as mortes foram atribuídas à DCNT em 2007. Elas são a principal causa de morbidade e, isoladamente, os distúrbios neuropsiquiátricos são a causa isolada mais importante. Morbidade e mortalidade devido a doenças crônicas não transmissíveis são maiores na população pobre. Embora a mortalidade bruta de DCNT tenha aumentado 5% entre 1996 e 2007, a mortalidade padronizada pela idade diminuiu 20%, resultado de uma queda de 1,8% por ano na mortalidade ajustada por idade.

O Brasil tem implementado políticas importantes para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como a Estratégia Saúde da Família, que intensificou ações dirigidas as DCNT, com resultados relevantes em relação às doenças

Saiba +

Saiba +



menu ▾



20%, resultado de uma queda de 1,8% por ano na mortalidade ajustada por idade.

O Brasil tem implementado políticas importantes para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como a Estratégia Saúde da Família, que intensificou ações dirigidas as DCNT, com resultados relevantes em relação às doenças respiratórias crônicas e cardio-vasculares pela diminuição do tabagismo e ampliação do acesso. Nota-se, no entanto, que a prevalência de diabetes e hipertensão têm aumentado proporcionalmente com a maior prevalência da obesidade e associados a alterações desfavoráveis da dieta e atividade física. Portanto, a evolução desfavorável para a maioria dos grandes fatores de risco para as DCNT representam um enorme desafio para a Atenção Primária a Saúde, e implicam no contínuo desenvolvimento de políticas, especialmente as de natureza legislativa e regulatória.

Saiba +

Saiba +



menu ▾

CARGA DA DOENÇA NO BRASIL

Causas	Frequência (DALYs)
Doenças infecciosas, parasitárias e desnutrição	14,8%
Causas externas	10,2%
Condições maternas e perinatais	8,8%
Doenças não transmissíveis	66,2%
Total das condições crônicas	75,0%

Fonte: ensp/fiocruz, 1998

condições
rês meses
n-se uma
tes foram
causa de
icos são a
e devido a
população
entado 5%
e diminuiu
mortalidade

s para a
como a
rigidas as
doenças

CAUSA DAS INTERNAÇÕES DA POPULAÇÃO MASCULINA x

1. Comparação entre as causas das internações da população masculina dos 25-59 anos, entre os anos 2000 e 2007.

Causas das internações (%)	2000	2007
Aparelho respiratório	12,0%	8,8%
Aparelho circulatório	12,0%	13,2%
Tumores	3,0%	5,9%
Aparelho digestivo	15,0%	14,8%
Causas externas	14,0%	16,7%
Outras	44,0%	40,5%

condições
rês meses
n-se uma
tes foram
causa de
cos são a
e devido a
população
entado 5%
e diminuiu
mortalidade

s para a
como a
rigidas as
doenças

menu ▾

CAUSA DAS INTERNACOES DA POPULACAO MASCULINA X

Outras	44,0%	40.5%
--------	-------	-------

Fonte: MS / DATASUS / SIH**Adaptado de: Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção****Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes), 2008.**

2. Percentual de Internações hospitalares do Aparelho Circulatório na população masculina dos 25-59 anos, 2007.

Doenças do aparelho circulatório	Percentual (%)
Coronariopatias	40,5%
Hipertensão Arterial	18,7%
Febre reumática / Miocardiopatias	1,2 %

condições
rês meses
n-se uma
tes foram
causa de
cos são a
e devido a
população
entado 5%
e diminuiu
mortalidade

s para a
como a
rígidas as
doenças



menu ▾

CAUSA DAS INTERNACOES DA POPULACAO MASCULINA

dos 25-59 anos, 2007.

Doenças do aparelho circulatório	Percentual (%)
Coronariopatias	40,5%
Hipertensão Arterial	18,7%
Febre reumática / Miocardiopatias	1,2 %
Outras	39,6%

Fonte: MS / DATASUS / SIH**Adaptado de: Brasil, Ministério da Saúde. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (Princípios e Diretrizes), 2008.**

condições
três meses
n-se uma
tes foram
causa de
icos são a
devido a
população
entado 5%
e diminuiu
mortalidade

s para a
como a
rigidas as
doenças



Fatores de risco para Doença Cardiovascular (DCV) e a Síndrome Metabólica (SM) [4] [5] [6]

A SM é a combinação de fatores de risco que inclui obesidade abdominal, hipertensão arterial, dislipidemia e alteração da glicemia. Ela predispõe o indivíduo à morbidade e mortalidade por doença cardiovascular (cardíaca e cerebral) e ao desenvolvimento de diabetes (tipo 2), se ainda não estiver presente.

Enquanto a patogênese da SM e de cada um de seus componentes não for esclarecida, duas características parecem despontar como fatores causais potenciais: a resistência à insulina e a distribuição anormal da gordura (obesidade abdominal). Outros fatores podem estar envolvidos como: estados pró-inflamatório, desequilíbrio hormonal, perfil genético, inatividade física e envelhecimento.

A definição da Federação Internacional de Diabetes (IDF), para diagnóstico de SM, inclui a presença de obesidade central, como condição essencial, e dois ou mais dos critérios a seguir:

- Triglicerídeos elevados: ≥ 150 mg/dL;
- HDL- Colesterol reduzido: < 40 mg/dL em homens e < 50 mg/dL em mulheres (ou tratamento específico para estas alterações lipídicas)
- Pressão Sanguínea elevada: Pressão sistólica ≥ 130 ou diastólica ≥ 85 mmHg (ou tratamento para hipertensão previamente diagnosticada)

DOENÇA CARDIOVASCULAR



Atualmente as pessoas são avaliadas oportunisticamente e tratadas de acordo com os seus achados clínicos ou laboratoriais isolados, e não por meio de avaliação formal e global do risco de desenvolverem doença cardiovascular. Antigamente era comum se pensar de forma estanque ou em caixinhas de problemas e tratar os pacientes por patologias isoladas, porém a realidade nos mostra a relação imbricada com que muitos fatores se inter-relacionam. Muitas das chamadas doenças que tratamos, na verdade, estão perdendo esse status para serem reclassificadas como fatores de risco. A própria Diabetes mellitus (DM) é entendida mais como um fator de risco cardiovascular, pois essa é a principal causa de morte do paciente diabético. Isso é tão marcado que essa patologia é considerada como equivalente coronariano e merece tratamento intensivo em termos de meta para controle da pressão e dos níveis de colesterol.

Desse modo, a compreensão sobre os fatores de risco e o efeito multiplicador que têm quando associados nos evidencia a necessidade de avaliação criteriosa das pessoas sob nossos cuidados para estabelecer os riscos absolutos de desenvolverem um evento coronariano.

Nesse sentido, várias estratégias têm sido adotadas para estimar esse risco com maior precisão.

Uma das mais antigas e simples é buscar na anamnese e no exame físico dados que

DOENÇA CARDIOVASCULAR X

chamadas doenças que tratamos, na verdade, estão perdendo esse status para serem reclassificadas como fatores de risco. A própria Diabetes mellitus (DM) é entendida mais com um fator de risco cardiovascular, pois essa é a principal causa de morte do paciente diabético. Isso é tão marcado que essa patologia é considerada como equivalente coronariano e merece tratamento intensivo em termos de meta para controle da pressão e dos níveis de colesterol.

Desse modo, a compreensão sobre os fatores de risco e o efeito multiplicador que têm quando associados nos evidencia a necessidade de avaliação criteriosa das pessoas sob nossos cuidados para estabelecer os riscos absolutos de desenvolverem um evento coronariano.

Nesse sentido, várias estratégias têm sido adotadas para estimar esse risco com maior precisão.

Uma das mais antigas e simples é buscar na anamnese e no exame físico dados que componham um quadro de risco, por exemplo, gênero, idade, tabagista ou não, história familiar de Doença Arterial Coronariana (DAC) prematura e assim por diante. Quanto mais fatores associados, maiores os riscos e mais intensiva tem sido a recomendação terapêutica no sentido das metas a serem alcançadas de PA, de LDL – colesterol ou hemoglobina glicada.

FIM DO DIA NA USF



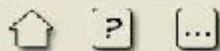
MÔNICA, CIRURGIÁ-DENTISTA, ENCONTRA-SE NO CONSULTÓRIO ATENDENDO AINDA O SR. ANTONIO, A ÚLTIMA PESSOA DA TARDE. ANTONIO É UM SENHOR DE 60 ANOS, COM BAIXA ADESÃO AO TRATAMENTO, MESMO APÓS TODAS AS EXPLICAÇÕES DA DRA. MÔNICA, QUE TENTA, MAIS UMA VEZ, CONVENCÊ-LO A CONTINUAR O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO.





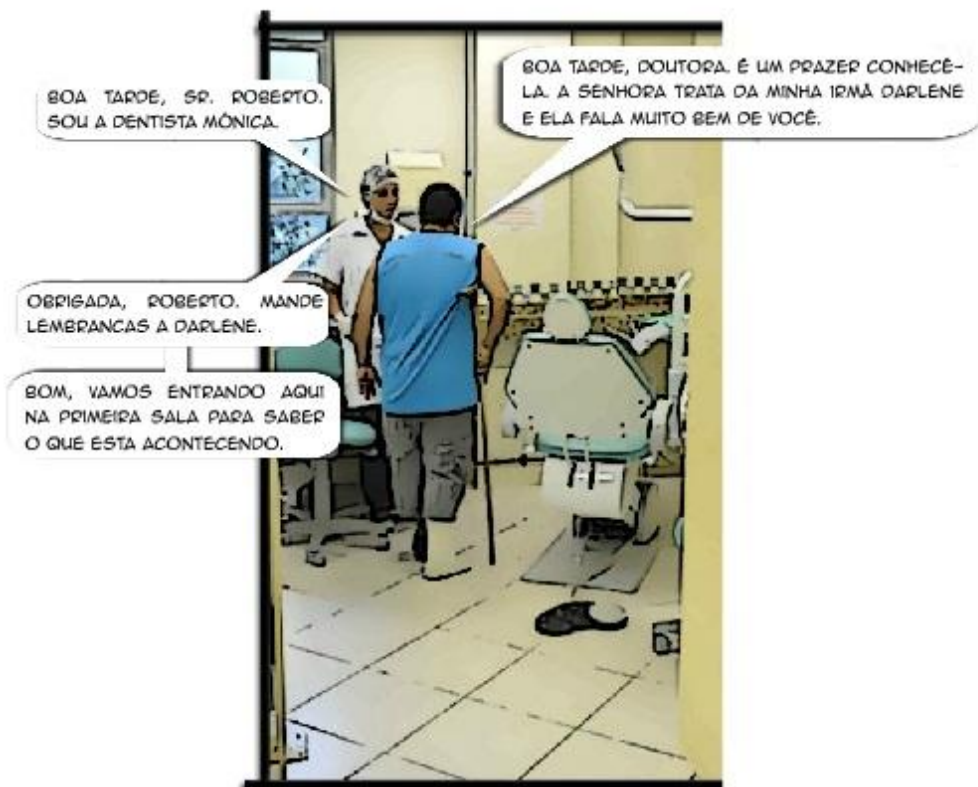


ROBERTO LEVANTA-SE COM UM POUCO DE DIFICULDADE E CAMINHA, EM DIREÇÃO À MÔNICA.



DCV e SM





MÔNICA RECEBE ROBERTO E OBSERVA QUE O MESMO ESTÁ MANCANDO.





DURANTE A ANAMNESE VOLTADA PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, IMPORTANTES ASPECTOS FORAM PESSALTADOS:

SUS Unidade de Saúde Família - Unidade de Atenção Primária em Saúde - SAÚDE PÚBLICA

ANAMNESE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, QUEIXA(S) PRINCIPAL(AIS), HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA, HISTÓRIA FAMILIAR, HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL.

Nome do paciente: _____ Idade: _____ Sexo: _____

Endereço: _____

Localização de nascimento: _____ Localização de residência: _____

Atividade profissional: _____

Tratamentos anteriores: _____

Datas de início: _____

Tratamento solicitado: _____

Associações: _____

Feridas: _____

Assinatura e Carimbo do Médico: _____

ROBERTO TEM 45 ANOS, É CASADO, PAI DE 2 FILHOS. CONSIDERA-SE UMA PESSOA "FORTE", COM A SAÚDE DE UM "TOURO". RELATA FUMAR UM MACO DE CIGARROS POR DIA, SENTIR MUITA SEDE, NÃO SER ALÉRGICO, TER HISTÓRICO DE DIABETES E CÂNCER DE PRÓSTATA NA FAMÍLIA. ESTÁ EM PROCESSO DE SEPARAÇÃO LITIGIOSA E PLEITEIA A GUARDA DOS FILHOS. TRABALHA NA CONSTRUÇÃO CIVIL, NÃO REALIZA ATIVIDADES FÍSICAS REGULARMENTE, ESTÁ VISIVELMENTE ACIMA DO PESO, COM CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL ACENTUADA, RELATA QUE SUA PRESSÃO SUBIU ALGUMAS VEZES E QUE NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO.

DURANTE A ANAMNESE VOLTADA PARA O ATENDIMENTO DE URGÊNCIA, IMPORTANTES ASPECTOS FORAM RESSALTADOS:

ANAMNESE: IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE, QUEIXA(S) PRINCIPAL(AS), HISTÓRIA DA DOENÇA ATUAL, HISTÓRIA MÉDICA PREGRESSA, HISTÓRIA FAMILIAR, HISTÓRIA PESSOAL E SOCIAL.

QUER SABER COMO FOI O ATENDIMENTO DO ROBERTO NA USF? NÃO PERCA NO PRÓXIMO SAÚDE EM PRÁTICA!

ROBERTO TEM 45 ANOS, É CASADO, PAI DE 2 FILHOS. CONSIDERA-SE UMA PESSOA "FORTE", COM A SAÚDE DE UM "TOURO". RELATA FUMAR UM MACO DE CIGARROS POR DIA, SENTIR MUITA SEDE, NÃO SER ALÉRGICO, TER HISTÓRICO DE DIABETES E HIPERTENSÃO DE PRÓSTATA NA FAMÍLIA. ESTÁ EM PROCESSO DE SEPARAÇÃO LITIGIOSA E CUIDA DA GUARDA DOS FILHOS. TRABALHA COMO CONSTRUTOR CIVIL, NÃO REALIZA EXERCÍCIOS FÍSICOS REGULARMENTE, ESTÁ VISIVELMENTE ACIMA DO PESO, COM CIRCUNFERÊNCIA ABDOMINAL ACENTUADA, RELATA QUE SUA PRESSÃO SUBIU ALGUMAS VEZES E QUE NÃO FAZ USO DE MEDICAÇÃO.

FECHAR





URGÊNCIA E EMERGÊNCIA

Situação de Urgência:

Trata-se de uma ocorrência ou situação que envolve sofrimento físico ou mental agudo ou intenso, entretanto sem risco potencial de morte iminente, necessitando de avaliação e acompanhamento em curto prazo..

"Urgência" Os pacientes que precisam de um atendimento de URGÊNCIA são aqueles que estão com necessidade de assistência, por dores ou mal-estar, sem risco de morte, mas que não podem esperar por uma consulta ambulatorial. Ou seja, trata-se de uma ocorrência ou situação que envolve sofrimento físico ou mental agudo ou intenso, entretanto sem risco potencial de morte iminente, necessitando de avaliação e acompanhamento em curto prazo.

**Exemplos:**

Fratura, dependendo do comprometimento, pode ser urgência. Entorses e luxações são geralmente urgências. Pessoas em sofrimento psíquico. Pessoas em situação de estresse agudo pós-traumático. Idosos e crianças com alterações agudas de comportamento ou humor.

Situação de Emergência:

As pessoas que precisam de um atendimento de EMERGÊNCIA são aqueles que NÃO PODEM ESPERAR, que precisam de um tratamento médico imediato.

"Emergência" pode ser compreendida como um quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, causando risco de vida ou grande sofrimento ao paciente e necessitando de solução imediata, a fim de evitar mal irreversível ou morte.



são aqueles que NAO PODEM ESPERAR, que precisam de um tratamento médico imediato.

"Emergência" pode ser compreendida como um quadro grave, clínico ou cirúrgico ou misto, de aparecimento ou agravamento súbito e imprevisto, causando risco de vida ou grande sofrimento ao paciente e necessitando de solução imediata, a fim de evitar mal irreversível ou morte.

Exemplos:

Pessoas que chegam ao hospital com dificuldade de respirar, com fortes dores, desmaiadas, ou perdas sanguíneas volumosas, ou qualquer outra situação que envolva instabilidade hemodinâmica e possibilidade de morte iminente. Dor precordial de grande intensidade, Insuficiência Respiratória, Hemorragias Volumosas são sempre emergências.

AO EXAME CLÍNICO MÔNICA OBSERVA QUE SR. ROBERTO POSSUI DIVERSAS PERDAS DENTÁRIAS, ALGUNS RESTOS RADICULARES E UM GRANDE ABSCESSO PERIODONTAL NA ÁREA ENTRE O PRIMEIRO E SEGUNDO MOLAR INFERIOR ESQUERDO.



AO EXAME CLÍNICO MÔNICA OBSERVA QUE SR. ROBERTO POSSUI DIVERSAS PERDAS DENTÁRIAS, ALGUNS RESTOS RADICULARES E UM GRANDE ABSCESSO PERIODONTAL NA ÁREA ENTRE O PRIMEIRO E SEGUNDO MOLAR INFERIOR ESQUERDO.



SR. ROBERTO, ESTAMOS DIANTE DE UMA SITUAÇÃO QUE EXIGE AÇÃO RÁPIDA! QUE BOM QUE O SENHOR NOS PROCUROW! O SR. PRECISA MESMO DA NOSSA AJUDA. A PRIMEIRA COISA É ALIVIAR SUA DOR.

MAS É TÃO GRAVE ASSIM? POSSO

NÃO PERCA OS PRÓXIMOS ENCAMINHAMENTOS DA ESF NA SEÇÃO SAÚDE EM PRÁTICA!

FECHAR

O QUE O SENHOR TEM CARACTERIZA UMA SITUAÇÃO DE URGÊNCIA E POR ISSO PRECISAMOS AGIR RAPIDAMENTE. PODE FICAR TRANQUÍLO.

**Saúde do Trabalhador** [7] [8] [9]

Saúde do Trabalhador (ST) refere-se a um campo do saber que visa compreender as relações entre o trabalho e o processo saúde/doença. Nesta acepção, considera a saúde e a doença como processos dinâmicos, estreitamente articulados com os modos de desenvolvimento produtivo da humanidade em determinado momento histórico.

Parte do princípio de que a inserção dos homens, mulheres e crianças nos espaços de trabalho contribui decisivamente para formas específicas de adoecer e morrer. O fundamento de suas ações é a articulação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial.

Para este campo temático, trabalhador é toda pessoa que exerça uma atividade de trabalho, independentemente de estar

menu ▾



inserido no mercado formal ou informal, inclusive no trabalho familiar e/ou doméstico.

A ST considera os diversos riscos ambientais e organizacionais aos quais os trabalhadores estão expostos, em função de sua inserção nos processos de trabalho. As ações de saúde do trabalhador devem ser incluídas, formalmente, na agenda da rede básica de atenção à saúde. Dessa forma, amplia-se a assistência já ofertada aos trabalhadores, na medida em que passa a olhá-los como sujeitos e identifica-se, mais amplamente, as possibilidades de adoecimento decorrentes de suas atividades laborais. Esta percepção da importância do trabalho na saúde implica em estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ressalte-se que na área de Saúde do Trabalhador as ações intersetoriais têm sido desenvolvidas no sentido de articular e racionalizar a atuação de diferentes setores. Estas ações, em sua



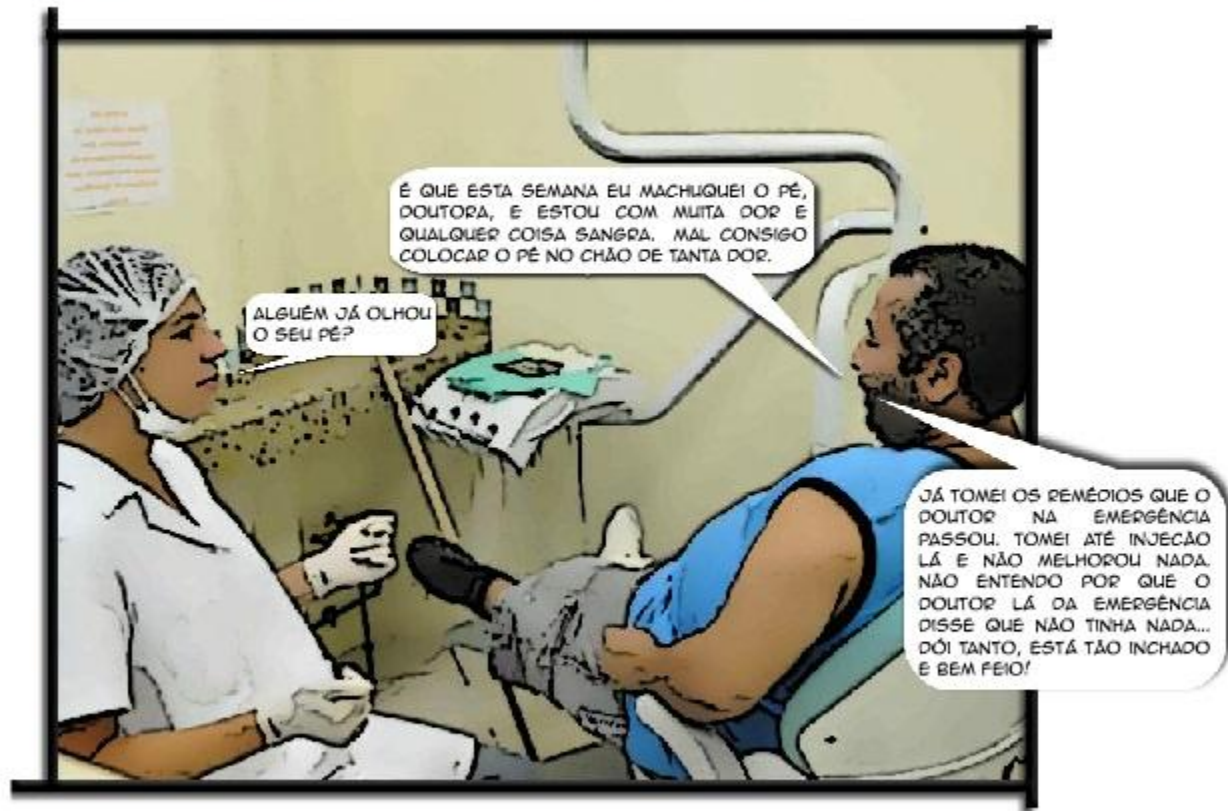


de adoecimento decorrentes de suas atividades laborais. Esta percepção da importância do trabalho na saúde implica em estratégias – também específicas – de promoção, proteção e recuperação da saúde.

Ressalte-se que na área de Saúde do Trabalhador as ações intersetoriais têm sido desenvolvidas no sentido de articular e racionalizar a atuação de diferentes setores. Estas ações, em sua especificidade, se complementam, principalmente, quando da atuação no campo da Vigilância da Saúde.

Por atuarem diretamente no nível local de saúde, em um território definido, as estratégias de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde têm grande potencial, no sentido da construção de uma prática de saúde dos trabalhadores integrada à questão ambiental e ao conceito de cidadania.

APÓS A INTERVENÇÃO DE URGÊNCIA MÔNICA, PERGUNTA AO PACIENTE PORQUE ELE ESTÁ MANCANDO.





ERA CERCA DE UMA DA TARDE. MEUS AMIGOS ME AJUDARAM COLOCANDO UM PANO NO MEU PÉ. JUNTEI AS COISAS QUE HAVIA DERRUBADO E FIQUEI UM POUCO SENTADO. NISSO O DONO DA OBRA DO RESTAURANTE VEIO EM MINHA DIREÇÃO E GRITOU.



DEPOIS A GENTE CONVERSA SOBRE OS PREJUÍZOS, MAS AGORA VOCÊ DEVE IR A UM HOSPITAL PARA AMANHÃ NÃO TER DESCULPAS PARA NÃO TRABALHAR.

ELE ESTAVA PREOCUPADO COM O ANDAMENTO DA OBRA. NÃO PARECIA MUITO PREOCUPADO COMIGO.





POR QUE O SENHOR NÃO
PROCUROU ESTA UNIDADE?

COMO A MÔNICA VAI PROCEDER COM
ESSA NOVA QUESTÃO APRESENTADA PELO
SR. ROBERTO?! NÃO PERCA NOS PRÓXIMOS
EPISÓDIOS DA SEÇÃO SAÚDE EM PRÁTICA!

FECHAR

MEU SERVIÇO É LONGE DAQUI.
MAS FUI À EMERGÊNCIA. MUITO
CONTRARIADO, NÃO GOSTO DE
HOSPITAL... DE MÉDICO... ESSAS
COISAS! ME ATENDERAM... EU
NÃO QUERIA IR! MAS O CHEFE
MANDOU, NÉ? A GENTE VAI!



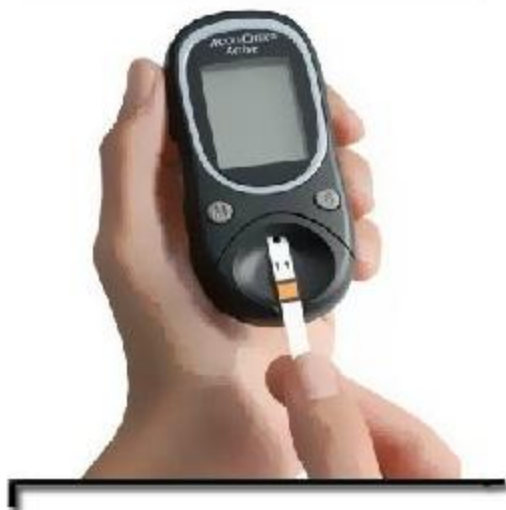
**Diabetes Mellitus** [10]

Durante o último meio século a incidência de diabetes tem aumentado bastante. Se esta tendência continuar o número de pessoas irá duplicar em 25 anos e afetará cerca de 300 milhões de pessoas mundialmente.

A diabetes é uma doença metabólica que ocorre quando o corpo é incapaz de usar a glicose – o açúcar – que aumenta gradativamente até atingir níveis perigosos no sangue. Com o passar do tempo, estes altos níveis causam lesões em vários órgãos do corpo, decorrentes de processos patogênicos micro e macro vasculares, com o conseqüente risco de morte e invalidez.

Os tipos de diabetes mais freqüentes são o diabetes tipo 1 (10% do total de casos) e tipo 2 (cerca 90% do total de casos). Outro tipo de diabetes encontrado com maior freqüência e cuja

menu ▾



etiologia ainda não está esclarecida é o diabetes gestacional, que, em geral, é um estágio pré-clínico de diabetes, detectado no rastreamento pré-natal. Outros tipos específicos de diabetes menos frequentes podem resultar de defeitos genéticos da função das células beta, defeitos genéticos da ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino, endocrinopatias, efeito colateral de medicamentos, infecções e outras síndromes genéticas associadas ao diabetes.

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os "4 Ps"). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

No processo de cuidado, a equipe deve assegurar o vínculo

Saiba



Saúde na Prática



menu ▾



politagia e perda involuntária de peso (os "4 Ps"). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar, balanopostite e infecções de repetição. Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

No processo de cuidado, a equipe deve assegurar o vínculo paciente-equipe de saúde e implementar atividades de educação em saúde para efetividade e adesão do paciente e das ações propostas. Esta adesão é fundamental porque a estratégia central no cuidado do diabético envolve mudanças de comportamento na alimentação e na atividade física. Além disso, deve procurar reforçar ações governamentais e comunitárias que incentivam a uma cultura que promova estilos de vida saudáveis.

CUIDADOS COM OS PÉS DO DIABÉTICO

Úlceras de pés e amputação de extremidades são as complicações mais graves. Sua prevenção primária visa prevenir neuropatia e vasculopatia. É necessário o monitoramento de um conjunto de fatores que eleva o risco de úlcera e amputação de extremidades, tornando sua prevenção mais custo-efetiva. Para tanto, os seguintes pontos são fundamentais na rotina dos cuidados clínicos para todos os pacientes diabéticos:

1. Avaliar os pés dos pacientes quanto a:

- História de úlcera ou amputação prévia, sintomas de doença arterial periférica, dificuldades físicas ou visuais no cuidados dos pés.
- Deformidades dos pés (pé em martelo ou dedos em garra, proeminências ósseas) e adequação dos calçados; evidência visual de neuropatia (pele seca, calosidade, veias dilatadas) ou isquemia incipiente; deformidades ou danos de unhas.
- Detecção de neuropatia por monofilamento de 10g (ou diapasão de 128Hz); sensação tátil ou dolorosa.
- Palpação de pulsos periféricos (pediosa e tibial posterior); tempo de enchimento venoso superior a 20 segundos e razão tornozelo braquial por Doppler $< 0,9$ permitem

os sintomas
, letargia,
repetição.
mplicações
liovascular

o vínculo
educação
das ações
gia central
imento na
ar reforçar
na cultura

CUIDADOS COM OS PÉS DO DIABÉTICO

venoso superior a 20 segundos e razão tornozelo braquial por Doppler <0.9 permitem quantificar a anormalidade quando os pulsos estiverem diminuídos.

2. Discutir a importância dos cuidados dos pés como parte de programa educativo para prevenção de úlcera e amputação.
3. Negociar um plano de cuidado baseado nos achados clínicos e da avaliação de risco.
4. Oferecer apoio educativo para cuidados dos pés de acordo com as necessidades individuais e o risco de úlcera e amputação.
5. Avaliar o risco do paciente de acordo com os achados clínicos.
6. Planejar intervenções baseadas nas categorias de risco.
7. Não amputar, exceto quando:
 - Uma avaliação vascular detalhada tiver sido feita por cirurgião vascular.
 - A dor isquêmica no repouso não puder ser manejada por analgesia ou revascularização.
 - Uma infecção no pé potencialmente fatal não puder ser tratada por outras medidas.
 - Uma úlcera não-cicatrizante for acompanhada por uma maior carga de doença do que resultaria da amputação.

CUIDADOS COM OS PÉS DO DIABÉTICO

quantificar a anormalidade quando os pulsos estiverem diminuídos.

2. Discutir a importância dos cuidados dos pés como parte de programa educativo para prevenção de úlcera e amputação.
3. Negociar um plano de cuidado baseado nos achados clínicos e da avaliação de risco.
4. Oferecer apoio educativo para cuidados dos pés de acordo com as necessidades individuais e o risco de úlcera e amputação.
5. Avaliar o risco do paciente de acordo com os achados clínicos.
6. Planejar intervenções baseadas nas categorias de risco.
7. Não amputar, exceto quando:
 - Uma avaliação vascular detalhada tiver sido feita por cirurgião vascular.
 - A dor isquêmica no repouso não puder ser manejada por analgesia ou revascularização.
 - Uma infecção no pé potencialmente fatal não puder ser tratada por outras medidas.
 - Uma úlcera não-cicatrizante for acompanhada por uma maior carga de doença do que resultaria da amputação.

MÔNICA CONTINUA TENTANDO OBTER MAIORES INFORMAÇÕES SOBRE A SITUAÇÃO DE ROBERTO.



MÔNICA SOLICITA QUE FRANCINE ACOMPANHE O SR. ROBERTO ATÉ A SALA DE CURATIVOS.

OI ANDRÉA, ESTOU COM UMA URGÊNCIA NA SALA DE CURATIVOS. GOSTARIA QUE VOCÊ FOSSE LÁ PARA AVALIAR, VOCÊ PODE?!



BEM, EU ESTAVA INDO EMBORA, MAS COMO É URGENTE, EXAMINO, E DOU, PELO MENOS, UM ENCAMINHAMENTO AO CASO...TUÓO BEM! DÁ SIM!





ANDREA SE DIRIGE À SALA DE CURATIVOS, CONVERSA COM ROBERTO E EXAMINA O FERIMENTO POR ELE RELATADO. ALÉM DISSO, PERCEBE UMA LESÃO NA SOLA DO PÉ E DESCONFIA DE PÉ DIABÉTICO. COMO OBSERVOU INTENSO PROCESSO INFLAMATÓRIO NO ENTORNO DA LESÃO, PEDIU AJUDA À MÉDICA ANA QUE CONSIDEROU A NECESSIDADE DE ANTIBIOTICOTERAPIA.

APESAR DO GRANDE RECEIO DO SR ROBERTO, ANDREA, LIMPOU O FERIMENTO, APLICOU A VACINA ANTITETÂNICA E EXPLICOU A FORMA DE USAR O ANTIBIÓTICO. PREOCUPADA, PEDE PARA QUE ELE RETORNE NO DIA SEGUINTE PARA REVER A LESÃO E FAZER UMA CONSULTA.



SERÁ QUE O SR. ROBERTO RETORNARÁ NO DIA SEGUINTE PARA CONTINUAR SEU TRATAMENTO?! NÃO PERCA NOS PRÓXIMOS EPISÓDIOS DA SEÇÃO SAÚDE EM PRÁTICA!

FECHAR

ANDREA SE DIRIGE À SALA DE CURATIVOS, CONVERSA COM ROBERTO E EXAMINA O FERIMENTO POR ELE RELATADO. ALÉM DISSO, PERCEBE UMA LESÃO NA SOLA DO PÉ E DESCONFIA DE PÉ DIABÉTICO. COMO OBSERVOU INTENSO PROCESSO INFLAMATÓRIO NO ENTORNO DA LESÃO, PEDIU AJUDA À MÉDICA ANA QUE CONSIDEROU A NECESSIDADE DE ANTIBIOTICOTERAPIA.

APESAR DO GRANDE RECEIO DO SR ROBERTO, ANDREA, LIMPOU O FERIMENTO, APLICOU A VACINA ANTITETÂNICA E EXPLICOU A FORMA DE USAR O ANTIBIÓTICO. PREOCUPADA, PEDE PARA QUE ELE RETORNE NO DIA SEGUINTE PARA REVER A LESÃO E FAZER UMA CONSULTA.



Adesão ao Tratamento ^[11]

Há alguns anos a epidemia da AIDS e, mais recentemente, as altas taxas de obesidade, em conjunto com o aumento da prevalência de hipertensão arterial, diabetes melito, câncer, artrose, entre outras, elevaram o contingente de pessoas com doenças crônicas.

A adesão ao tratamento é um dos grandes desafios enfrentados na abordagem de pessoas com doenças crônicas, pois na grande maioria das vezes, é necessário promover mudanças na vida cotidiana e é difícil mudar e adotar novos hábitos e, muitas vezes, tomar medicamentos de forma contínua. Por mais que o paciente entenda as prescrições – e concorde com elas – é comum que, em algum momento, ele enfrente dificuldades em seguir essas recomendações a contento.



Neste contexto, a orientação em saúde e a adesão à terapêutica adquirem importância fundamental. Isto vem exigindo dos profissionais de saúde e, em particular, dos que atuam no âmbito da Atenção Primária à Saúde e Saúde da Família, respostas que possam reduzir o impacto dos agravos das doenças crônicas nas vidas das pessoas.

Para que haja sucesso terapêutico, é fundamental a participação ativa do paciente – uma boa adesão ao tratamento. Adesão ao tratamento pode ser compreendida como um compromisso estabelecido, entre o paciente e o profissional/equipe de saúde, de colaborarem entre si na delimitação e execução de um projeto terapêutico. Trata-se de um processo dinâmico que envolve diferentes atores – com diferentes funções – em prol de um objetivo comum.

A adesão é um processo que se inicia antes da decisão de se usar medicamentos. Começa com o aconselhamento, prerrogativa



A adesão é um processo que se inicia antes da decisão de se usar medicamentos. Começa com o aconselhamento, prerrogativa aconselhável na construção de vínculo, quando se estabelecem as condições que possam consolidar uma boa relação profissional de saúde-paciente.

Diversos fatores podem contribuir para a baixa adesão, sejam de ordem orgânica, psicológica ou social. Cada situação é única. É numa relação de parceria e confiança que o profissional/equipe de saúde e o paciente podem, juntos, buscar entender os motivos que contribuem para a dificuldade na adesão ao tratamento e encontrar formas de lidar com esses obstáculos.

A avaliação da adesão deve incluir, além do uso regular da medicação, a frequência às consultas e as atitudes de auto-cuidado, a saber, alimentação adequada, atividade física, atividades laborativas e de lazer, vida social e familiar satisfatória. Inclui necessariamente um saber sobre o modo como ele vive, como lida

menu ▾



...laborativas e de lazer, vida social e familiar. Conhecer, portanto, necessariamente um saber sobre o modo como ele vive, como lida com as situações do cotidiano, como se valoriza ou se deprecia, como enfrenta as dificuldades, como estabelece suas interações pessoais. É esse conhecimento ampliado do paciente/pessoa que permite a construção de um projeto terapêutico que contemple a singularidade daquele sujeito, com suas características próprias e inserido numa rede de relações sociais.

SALA DO CAFÉ

FIM DE MAIS UM DIA DE TRABALHO NA USF.



DOIS DIAS DEPOIS, MARIO ENCONTRA SR. ROBERTO NA RUA E O ABORDA GENTILMENTE,
PERGUNTANDO COMO ESTÁ E REFORÇA A IMPORTÂNCIA DE SEU RETORNO À UNIDADE.

LIMA SEMANA DEPOIS...

QUE BOM QUE O SENHOR
VOLTOU! SEJA BEM VINDO!

QUE NADA! ISSO FAZ PARTE
DO NOSSO TRABALHO.

NA VERDADE EU TENHO MUITO MEDO,
MAS MEUS FILHOS ME ENCORAJARAM
E AQUI ESTOU EU. ALÉM DISSO, ACHEI
QUE VOCÊS FORAM MUITO
ATENCIOSOS, DIFERENTE DO QUE
ESTAVA ACOSTUMADO. OLHA, SÉI QUE
VOU DAR TRABALHO E VOCÊS TERÃO
QUE FICAR DE OLHO EM MIM.

PRONTAMENTE MÁRIO ENCAMINHA O SR. ROBERTO PARA O ATENDIMENTO COM A MÉDICA ANA.



Adesão ao Tratamento



LUMA SEMANA DEPOIS...

QUE BOM QUE O SENHOR
VOLTOU! SEJA BEM VINDO!

QUE NADA! ISSO FAZ PARTE
DO NOSSO TRABALHO.

VAMOS CONTINUAR ACOMPANHANDO O
SR. ROBERTO... NÃO PERCA NOS PRÓXIMOS
EPISÓDIOS DA SEÇÃO SAÚDE EM PRÁTICA!

FECHAR

NÁ VERDADE EU TENHO MUITO MEDO,
MAS MEUS FILHOS ME ENCORAJARAM
E AQUI ESTOU EU. ALÉM DISSO, ACHEI
QUE VOCÊS FORAM MUITO
ATENCIOSOS, DIFERENTE DO QUE
ESTAVA ACOSTUMADO. OLHA, SEI QUE
VOU DAR TRABALHO E VOCÊS TERÃO
QUE FICAR DE OLHO EM MIM.

PRONTAMENTE MÁRIO ENCAMINHA O SR. ROBERTO PARA O ATENDIMENTO COM A MÉDICA ANA.



Adesão ao Tratamento





Obesidade [12]

As doenças e agravos não transmissíveis vêm aumentando e, no Brasil, são a principal causa de óbitos em adultos, sendo a obesidade um dos fatores de maior risco para o adoecimento neste grupo. A prevenção e o diagnóstico precoce da obesidade são importantes aspectos para a promoção da saúde e redução de morbimortalidade, não só por ser um fator de risco importante para outras doenças, mas também por interferir na duração e qualidade de vida, e ainda ter implicações diretas na aceitação social dos indivíduos quando excluídos da estética difundida pela sociedade contemporânea.

Em consonância com as diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS), a atenção básica por estar inserida próxima à comunidade, tem maior poder de compreensão de sua dinâmica social, tornando-



se local privilegiado de atuação na promoção de saúde e no enfrentamento do excesso de peso que acomete o indivíduo, as famílias e a população.

A obesidade pode ser definida, de forma resumida, como o grau de armazenamento de gordura no organismo associado a riscos para a saúde, devido a sua relação com várias complicações metabólicas. A base da doença é o processo indesejável do balanço energético positivo, resultando em ganho de peso. No entanto, a obesidade é definida em termos de excesso de peso. O índice de massa corporal (IMC) é o índice recomendado para a medida da obesidade em nível populacional e na prática clínica.

Este índice é estimado pela relação entre o peso e a estatura, e expresso em kg/m^2 .

ÍNDICE DE MASSA CORPORAL:

$$\text{IMC} = \text{PESO}(\text{KG}) / \text{ESTATURA}^2 (\text{M}^2)$$

Saiba +



Saiba +



**ÍNDICE DE MASSA CORPORAL:**

$$\text{IMC} = \text{PESO(KG)} / \text{ESTATURA}^2 (\text{M}^2)$$

A obesidade em adultos é definida como um IMC igual ou superior a 30 kg/m², mas pode também ser subdividida em termos de severidade da obesidade, segundo o risco de outras morbidades associadas: assim IMC entre 30-34,9 denomina-se obesidade I, IMC entre 35-39,9 denomina-se obesidade II e IMC entre 40-44,9 denomina-se obesidade III.

Embora o IMC seja uma medida simples e de fácil utilização para os serviços, a distribuição regional de gordura está mais relacionada com a variação do risco de adoecer e morrer do que simplesmente o total de gordura corporal. A obesidade central (abdominal) está relacionada a risco aumentado de várias doenças, inclusive o risco de doenças cardiovasculares e diabetes não-insulino dependente.

menu ▾



entre 35-39,9 denomina-se obesidade II e IMC entre 40-44,9 denomina-se obesidade III.

Embora o IMC seja uma medida simples e de fácil utilização para os serviços, a distribuição regional de gordura está mais relacionada com a variação do risco de adoecer e morrer do que simplesmente o total de gordura corporal. A obesidade central (abdominal) está relacionada a risco aumentado de várias doenças, inclusive o risco de doenças cardiovasculares e diabetes não-insulino dependente.

É de extrema importância a atenção à obesidade em todos os níveis do sistema de saúde. Assim, quanto à organização da assistência, cabe particularmente à atenção básica ter uma atitude de promoção à saúde e de vigilância, prevenindo novos casos e evitando que indivíduos com sobrepeso venham a se tornar obesos.

Saiba +



Saiba +



menu ▾

TABAGISMO

X

Tabagismo ^[13]

O tabagismo é um dos fatores de risco mais importantes para as Doenças e Agravos Não Transmissíveis (DANT), a principal causa de óbitos e enfermidades no Brasil. Da década de 1930 até os anos 90, a proporção de mortes por DANT cresceu mais de três vezes no país. Em 2004, as DANT foram responsáveis por aproximadamente 63% da mortalidade devida a causas conhecidas.

O fumante torna-se dependente da nicotina de forma rápida e parar de fumar é difícil. As tentativas individuais para interromper a dependência registram baixas taxas de sucesso nos países de alta renda, e é rara a cessação nos países de renda média e baixa. As evidências oriundas de países desenvolvidos, além de um número cada vez maior de estudos de países em desenvolvimento, sugerem que aproximadamente a metade de todos os fumantes morrerá devido ao tabagismo, dos quais a metade morrerá prematuramente, de vinte a trinta anos antes do esperado. No mundo inteiro, aproximadamente 80% dos óbitos que ocorrem entre 2,7 bilhões de adultos com mais de 30 anos relacionam-se às doenças vasculares, respiratórias e ao câncer. O fumo aparece associado com um aumento da frequência de muitas doenças

Saúde

menu ▾

TABAGISMO

antes do esperado. No mundo inteiro, aproximadamente 80% dos óbitos que ocorrem entre 2,7 bilhões de adultos com mais de 30 anos relacionam-se às doenças vasculares, respiratórias e ao câncer. O fumo aparece associado com um aumento da frequência de muitas dessas enfermidades, ainda que existam importantes diferenças entre as populações e mesmo no interior delas.

Não existe nenhuma intervenção-chave para o controle do tabagismo. O consenso atual sobre os programas de controle do tabaco sugere que as medidas mais eficazes são aquelas destinadas a reduzir a demanda, que incluem: impostos elevados sobre os cigarros, medidas independentes de preços para controle do consumo (informações aos consumidores, proibição de propaganda e promoção de cigarros, advertências e restrições sobre o fumo em locais públicos) e maior acesso aos programas de cessação. Com exceção do controle do contrabando, não existe muita evidência da efetividade acerca das restrições impostas sobre o lado da oferta, como no acesso dos jovens ou na substituição de plantações ou do comércio do tabaco. As atividades educativas, em especial, as realizadas em grupos, têm se apresentado como um importante aliado no combate ao hábito de fumar.

re 40-44,9

utilização
está mais
er do que
de central
s doenças,
etes não-

n todos os
ização da
na atitude
s casos e
ar obesos.

Saúde





APÓS AVALIAÇÃO CLÍNICA E LABORATORIAL, FICA EVIDENCIADO QUE O SR. ROBERTO ESTÁ COM SOBREPESO, DIABETES E HIPERTENSÃO, E ASSIM PASSA A SER ACOMPANHADO NA UNIDADE, TANTO NAS CONSULTAS MÉDICAS COMO NAS CONSULTAS ODONTOLÓGICAS.

PASSADOS DOIS MESES EM ACOMPANHAMENTO REGULAR A EQUIPE, EM UMA REUNIÃO, SE PERGUNTA: O QUE TERIA FEITO A DIFERENÇA PARA A ADEÇÃO DO SR. ROBERTO AO TRATAMENTO?



PASSADOS DOIS MESES EM ACOMPANHAMENTO REGULAR A EQUIPE, EM UMA REUNIÃO, SE PERGUNTA: O QUE TERIA FEITO A DIFERENÇA PARA A ADESÃO DO SR. ROBERTO AO TRATAMENTO?



VAMOS COMBINAR?!
ELE FOI ACOLHIDO,
DEMONSTRAMOS
INTERESSE EM
ESCUTÁ-LO, DEMOS
TODA A ATENÇÃO E...

GENTE
O DELE!
PRIMEIRO
ELE NÃO
S.

SAÚDE EM PRÁTICA...

VOCÊS
COMO
ESTÁ VINDO
E PARTICIPANDO

FECHAR



...E RESOLVEMOS O
PROBLEMA DELE!!!

NÃO É SÓ ISSO...
RESOLVEMOS COM
COMPETÊNCIA E COM
CARINHO! ACHO ATÉ QUE
ELE ESTÁ MAIS CONFIANTE!

TÁ VENDO?! TODOS FALAM QUE
OS HOMENS NÃO SE CUIDAM,
NÃO FREQUENTAM A UNIDADE
DE SAÚDE. DEPENDE DE COMO
ELE É ACOLHIDO E TRATADO!
ELE JÁ ATÉ PAROU DE FUMAR!

menu ▾

HAS

**Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS)** [14] [15]

No Brasil as baixas condições sócio-econômicas, a exclusão social, o desemprego, a precariedade da proteção social e a iniquidade do acesso aos serviços de saúde são responsáveis pela cumulatividade de várias condições favoráveis ao desenvolvimento das Doenças Cárdio Vasculares (DCV).

Desde os estudos de coortes realizados inicialmente na cidade americana e Frammhan verificou-se que o risco cardiovascular aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial sistólica (PAS) e diastólica (PAD). Os estudos epidemiológicos também identificaram que para todas as idades e pressões o risco anual é maior para homens que para as mulheres. Outro dado encontrado foi que em idosos a elevação da PA principalmente a sistólica se relacionava diretamente com os eventos cardiovasculares. Este fato se fortalece com a informação de que considerando valores de PA iguais os idosos têm maior risco CV que adultos.

Reconhece-se que a prevalência da HAS na população adulta brasileira está entre 15 a 20%. A Hipertensão está associada a 80% dos casos de acidente vascular cerebral e 60% dos casos de doença coronariana e é o segundo fator de risco para o aparecimento da insuficiência

Saúde



menu ▾

HAS

casos de doença coronariana e é o segundo fator de risco para o aparecimento da insuficiência renal.

As Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão (2010) consideram que os valores pressóricos observados em adultos após a terceira verificação, realizadas com intervalos de até 2 meses entre cada medição quando os valores estiverem acima do normal. Os valores pressóricos devem ser analisados de acordo com os parâmetros abaixo:

Classificação	Pressão Sistólica(mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	Menor que 120 mmHg	Menor que 80 mmHg
Normal	Menor que 130 mmHg	Menor que 85 mmHg
Limítrofe	Entre 130-139 mmHg	Entre 85-90 mmHg
Hipertensão estagio 1	Entre 140-149 mmHg	Entre 90-99 mmHg

re 40-44,9

utilização
está mais
er do que
de central
s doenças,
etes não-

n todos os
ização da
na atitude
s casos e
ar obesos.

Saúde



menu ▾

HAS

Hipertensão estágio 2	Entre 160-179 mmHg	Entre 100-109 mmHg
Hipertensão estágio 3	Maior ou igual a 180 mmHg	Maior ou igual a 110 mmHg
Hipertensão sistólica isolada	Maior ou igual a 140 mmHg	Menor que 90 mmHg

Em crianças e adolescentes os valores pressóricos considerados anormais são aqueles que se encontram maior ou igual percentil 95. Assim os valores devem ser aplicados a tabelas que contemplam idade, sexo e altura das crianças.

A prevalência da denominada Hipertensão do Jaleco Branco pode variar de 18 a 60% das medições. Este dado faz com que os profissionais observem as condições em que estão sendo realizadas as medições. Neste sentido deve se observar: o ambiente, a adequação do aparelho para a circunferência do braço dos adultos e de crianças e adolescentes; as condições como os pacientes se encontram (condições de stress físico ou emocional, fumo, ruídos, privacidade, entre outras). Também para evitarmos diagnósticos errados e suas conseqüências emocionais para os pacientes deve-se fazer pelo menos duas verificações e retirar uma média delas

O controle da HAS é eficaz e deve estar centrado na mudança de hábitos de vida como a

Saúde

menu ▾

HAS

Hipertensão sistólica isolada Maior ou igual a 140 mmHg Menor que 90 mmHg

Em crianças e adolescentes os valores pressóricos considerados anormais são aqueles que se encontram maior ou igual percentil 95. Assim os valores devem ser aplicados a tabelas que contemplam idade, sexo e altura das crianças.

A prevalência da denominada Hipertensão do Jaleco Branco pode variar de 18 a 60% das medições. Este dado faz com que os profissionais observem as condições em que estão sendo realizadas as medições. Neste sentido deve se observar: o ambiente, a adequação do aparelho para a circunferência do braço dos adultos e de crianças e adolescentes; as condições como os pacientes se encontram (condições de stress físico ou emocional, fumo, ruídos, privacidade, entre outras). Também para evitarmos diagnósticos errados e suas conseqüências emocionais para os pacientes deve-se fazer pelo menos duas verificações e retirar uma média delas

O controle da HAS é eficaz e deve estar centrado na mudança de hábitos de vida como a redução de peso, a prática de exercícios físicos, o controle do tabagismo e a redução do sal na dieta. Estas medidas não farmacológicas chegam a reduzir 20% dos valores pressóricos.

re 40-44,9

utilização

está mais

er do que

de central

s doenças,

etes não-

n todos os

ização da

na atitude

s casos e

ar obesos.

Saúde



José

E agora, José?
A festa acabou,
a luz apagou,
o povo sumiu,
a noite esfriou,
e agora, José?
e agora, Você?
Você que é sem nome,
que zomba dos outros,
Você que faz versos,
que ama, protesta?
e agora, José?

Carlos Drummond de Andrade

BIBLIOGRAFIA

1. BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (princípios e diretrizes). Brasília. AGO, 2008.

2. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Rastreamento / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

3. Adaptado de: Published online May 9, 2011 DOI:10.1016/S0140-6736(11)60135-9. Disponível em: www.thelancet.com.

4. BRUNO, ANA CECILIA ROCHA. Exame médico periódico e risco cardiovascular em trabalhadores de uma grande empresa do Rio de Janeiro. Dissertação (Mestrado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio



CRÉDITOS



<i>COORDENAÇÃO GERAL</i>	PAULO ROBERTO VOLPATO DIAS
<i>COORDENAÇÃO DE PLANEJAMENTO</i>	CÉLIA PIERANTONI
<i>COORDENAÇÃO EXECUTIVA</i>	MÁRCIA RENDEIRO
<i>COORDENAÇÃO COLEGIADA DO CURSO</i>	MARIA INEZ PADULA (MED) CÉSAR FAVORETO (MED) MARIA ISABEL C DE SOUZA (ODONTO) RENATA ROCHA JORGE (ODONTO) SÔNIA ACIOLI (ENF) LUIZA MARA (ENF)
<i>COORDENAÇÃO PEDAGÓGICA</i>	ELOIZA S. GOMES DE OLIVEIRA
<i>COORDENAÇÃO DE PRODUÇÃO</i>	MARIO JOÃO JR. ANDREA CASTRO
<i>DESIGN DIDÁTICO</i>	MATEUS AMARAL SERGIO AMARAL
<i>DESIGN GRÁFICO</i>	JOSÉ RICARDO BASÍLIO
<i>DESENVOLVIMENTO</i>	MARIO AUGUSTO S. DA FONSECA

GRUPO DE TRABALHO DE CONTEÚDO

MARIA INEZ PADULA (MED)
CÉSAR FAVORETO (MED)
MARIA ISABEL CASTRO DE SOUZA (ODONTO)
RENATA ROCHA JORGE (ODONTO)
KATLIN DARLEN MAIA (ODONTO)
ARIÁDINA HERINGER (ENF)
SHIRLEY SOARES DA SILVA MARINS (ENF)

ATORES

MARIO FONSECA
ANDREA CASTRO
THAÍS TRINDADE
EURIDES BENINCA
CLÁUDIA MENEZES
ANA BARBOSA
ALEXANDRE TELLES