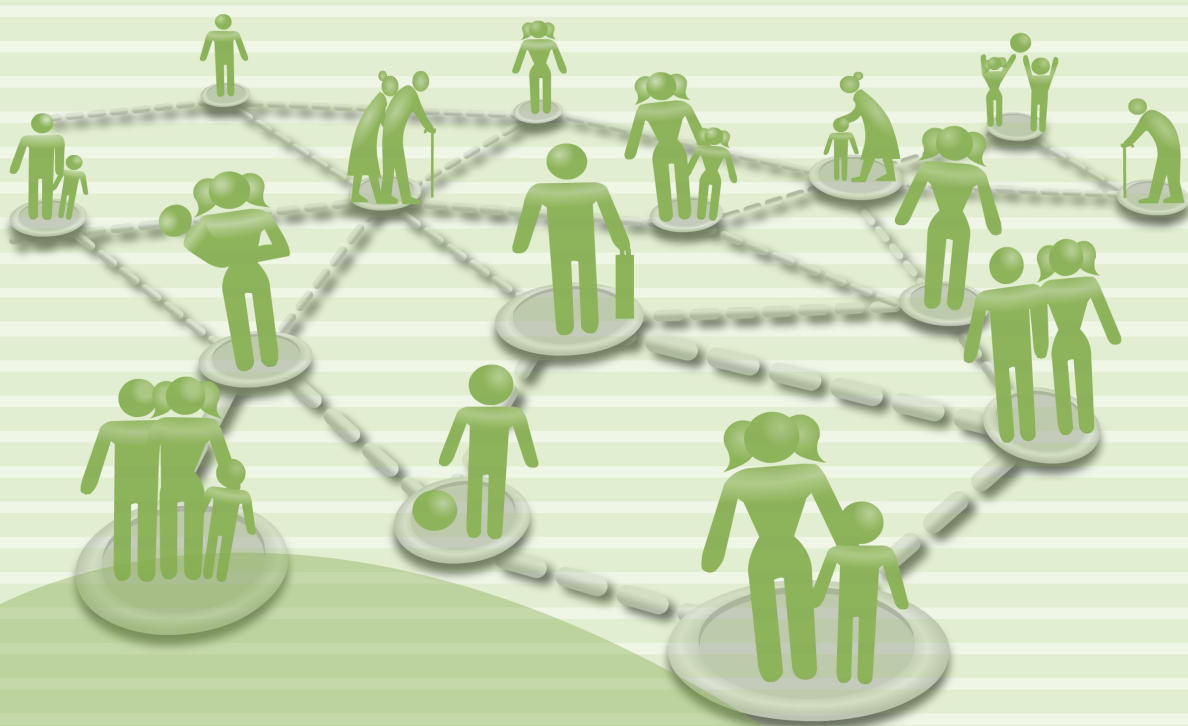


Especialização em

UnA-SUS

# Saúde da Família

Modalidade a Distância



Eixo II - Assistência e Processo de Trabalho  
na Estratégia Saúde da Família

Módulo 7: Saúde do Adulto  
Enfermagem





# SAÚDE DO ADULTO: ENFERMAGEM

MÓDULO 7

## **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**

**Revisão Geral**

## **UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA**

**Reitor** Alvaro Toubes Prata

**Vice-Reitor** Carlos Alberto Justo da Silva

**Pró-Reitora de Pós-graduação** Maria Lúcia de Barros Camargo

**Pró-Reitora de Pesquisa e Extensão** Débora Peres Menezes

## **CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE**

**Diretora** Kenya Schmidt Reibnitz

**Vice-Diretor** Arício Treitinger

## **DEPARTAMENTO DE SAÚDE PÚBLICA**

**Chefe do Departamento** Walter Ferreira de Oliveira

**Subchefe do Departamento** Jane Maria de Souza Philippi

**Coordenadora do Curso** Elza Berger Salema Coelho

## **COMITÊ GESTOR**

**Coordenador Geral do Projeto** Carlos Alberto Justo da Silva

**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

Fátima Büchele

Juliana Regina Destro

Mônica Motta Lino

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

## **AUTORES**

Calvino Reibnitz Júnior

Flávia Regina Souza Ramos

Fernanda Lazzari Freitas

Maria Itayra Coelho de Souza Padilha

Lúcia Nazareth Amante

## **ORGANIZADORES**

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos

Calvino Reibnitz Júnior

Heitor Tognoli

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

# SAÚDE DO ADULTO: ENFERMAGEM

## Eixo II

Assistência e Processo de Trabalho na  
Estratégia Saúde da Família

Florianópolis  
Universidade Federal de Santa Catarina  
2010

@ 2010. 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](http://www.unasus.ufsc.br)

Ficha catalográfica elaborada pela Escola de Saúde Pública de Santa Catarina.

Bibliotecária responsável: Eliane Maria Stuart Garcez – CRB 14/074

**U588s** Universidade Federal de Santa Catarina. Centro de Ciências da Saúde. Especialização em Saúde da Família – Modalidade a Distância.

Saúde do adulto: enfermagem [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos... [et al]. – Florianópolis, 2010.

136 p. (Eixo 2. Assistência e Processo de Trabalho na Estratégia Saúde da Família).

Modo de acesso: [www.unasus.ufsc.br](http://www.unasus.ufsc.br)

Conteúdo: Parte I. Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto – Pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil – O papel dos membros da estratégia saúde da família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto – Papel dos membros da estratégia saúde da família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto – Parte II. As condições crônicas de saúde – O usuário com doenças transmissíveis – Obesidade e transtornos alimentares – Saúde do trabalhador.

ISBN: 000-00-0000-000-0

1. Saúde do adulto. 2. Enfermagem. 3. Doenças transmissíveis. 4. Obesidade. 5. Transtornos alimentares. I. UFSC. II. Reibnitz Júnior, Calvino III. Título. IV. Série.

CDU: 616.055.2

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenadora de Produção** Giovana Schuelter

**Design Instrucional Master** Márcia Melo Bortolato

**Design Instrucional** Soraya Falqueiro

**Revisão Textual** Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

**Revisão textual para Impressão** Flávia Goulart

**Design Gráfico** Felipe Augusto Franke, Natália de Gouvêa Silva

**Ilustrações** Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkmann Paschoal

**Design de Capa** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Projeto Editorial** André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkmann Paschoal

**Revisão Geral** Eliane Maria Stuart Garcez

**Assistente de Revisão** Carolina Carvalho e Thays Berger Conceição

# SUMÁRIO

## PARTE I - AÇÕES INTEGRADAS NA SAÚDE DO ADULTO

UNIDADE 1 INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE NACIONAIS E ESTADUAIS EM SAÚDE DO ADULTO .....	17
1.1 Principais Indicadores de Morbimortalidade Nacional e Estadual em Saúde do Adulto e Sua Utilização Prática no Planejamento das Ações de Atenção Básica .....	17
1.2 Cadastramento e Acompanhamento de Paciente com Doenças Infeciosas.....	21
1.3 O Tabagismo e Suas Consequências .....	23
1.4 Avaliação da Atenção à Saúde.....	26
REFERÊNCIAS.....	30
UNIDADE 2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DO ADULTO NO BRASIL .....	33
2.1 Metas Pactuadas no País, Estado e Município Relativas à Saúde do Adulto .....	33
2.2 A Organização do Serviço Local Considerando as Metas e as Ações Programáticas da Atenção Básica Ampliada em Saúde do Adulto.....	39
REFERÊNCIAS.....	45
UNIDADE 3 O PAPEL DOS MEMBROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DO ADULTO ..	47
3.1 Conhecimento da População Adulta da Sua Área de Abrangência....	47
3.2 Inserção do Planejamento Voltado Para a População Adulta no Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família.....	50
3.3 Ações da Equipe de Saúde da Família Voltadas Para a População Adulta .....	51
REFERÊNCIAS.....	54

## PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - ENFERMAGEM

<b>UNIDADE 4 AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE</b> .....	<b>59</b>
4.1 A Consulta de Enfermagem e o Acompanhamento Domiciliário ....	59
4.2 Como Cuidar Melhor dos que Possuem Doença Crônica? .....	61
4.3 Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doenças Respiratórias, Lesões Neurológicas .....	62
4.3.1 Algumas Considerações e Conceitos Sobre Hipertensão Arterial...	63
4.3.2 Fatores de Risco Para a Hipertensão Arterial.....	64
4.3.3 Tratamento da Hipertensão Arterial.....	65
4.3.4 Algumas Considerações e Conceitos Sobre Diabetes Mellitus .	67
4.3.5 Diagnóstico Clínico e Laboratorial do DM.....	70
4.3.6 Tratamento do DM .....	70
4.3.7 Complicações do Diabetes Mellitus .....	71
4.3.8 Considerações Gerais Sobre as Doenças Respiratórias.....	73
4.3.9 A Asma .....	74
4.3.9 A Bronquite Crônica .....	75
4.3.10 O Enfisema.....	76
4.4 Promovendo o Cuidado Domiciliar e Comunitário de Pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica .....	77
4.5 Considerações e Conceitos Sobre Lesões Neurológicas.....	78
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>80</b>
<b>UNIDADE 5 O USUÁRIO COM DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS</b> .....	<b>83</b>
5.1 Considerações Gerais Sobre Doenças Transmissíveis .....	83
5.2 Tuberculose.....	87
5.3 Ações de Combate à Tuberculose .....	90
5.4 Hepatites Virais .....	91
5.4 Ações Contra as Hepatites Virais .....	93
5.6 O Usuário com Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids.....	95
5.6.1 A aids e as Políticas Públicas de Saúde .....	96
5.6.2 Diagnóstico e Tratamento .....	101
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>104</b>
<b>UNIDADE 6 OBESIDADE E TRANSTORNOS ALIMENTARES</b> .....	<b>109</b>
6.1 Considerações Gerais e Panorama Atual Sobre a Obesidade.....	109
6.2 Diagnóstico e Tratamento da Obesidade.....	112
6.3 Anorexia.....	115
6.4 Bulimia Nervosa.....	117
6.5 A Reabilitação Nutricional na Anorexia e na Bulimia.....	118
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>122</b>
<b>AUTORES</b> .....	<b>122</b>





## APRESENTAÇÃO DO MÓDULO

Estamos no terceiro módulo do Eixo II, que aborda a assistência e o processo de trabalho na Estratégia Saúde da Família no que tange ao cuidado à saúde do adulto.

Na Parte 1, que é comum aos profissionais da equipe, abordaremos a necessidade de aquisição de habilidades e atitudes especiais com relação à atenção à saúde dos adultos, apontando que essa população em específico exige uma postura diferenciada. Para tanto, estudaremos a importância dos indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto e veremos também as bases legais de proteção à saúde do adulto, os pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil.

Finalizando esta primeira parte, destacaremos o papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto.

Na Parte 2, encontram-se conteúdos que visam munir a equipe de enfermagem com conhecimentos dessa área da saúde de modo a contribuir para que a enfermagem realize seu papel no atendimento à saúde do adulto no contexto da equipe da Estratégia Saúde da Família. Esses conteúdos abordam os problemas mais prevalentes na prática clínica da atenção à saúde do adulto, e, conseqüentemente, ações que a equipe de enfermagem deve empregar diante de tais problemas.

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 enfermeiro.

Acreditamos que os conteúdos aqui apresentados e discutidos serão úteis para a formação dos (as) especializandos (as) em Saúde da Família, facilitando sua aproximação ao necessário para uma atenção à saúde do adulto cada vez mais efetiva, equânime e de qualidade. Assim, convidamos você a aprofundar seus conhecimentos no que concerne às especificidades da atuação do enfermeiro na Atenção à Saúde do Adulto no âmbito da Estratégia Saúde da Família e do SUS no contexto brasileiro.

Desejamos-lhe um ótimo proveito desse material!

## **Ementa**

Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto. Pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil e no mundo. Papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do adulto.

## **Objetivo**

Instrumentalizar profissionais da equipe de saúde da família para a promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde do adulto.

## **Unidades de Conteúdo:**

Unidade 1: Indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto.

Unidade 2: Pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil.

Unidade 3: Papel dos membros da Equipe de Saúde da Família no planejamento de ações e avaliação de riscos em saúde do adulto.

Unidade 4: As condições crônicas de saúde.

Unidade 5: O usuário com doenças transmissíveis.

Unidade 6: Obesidade e transtornos alimentares.

Unidade Complementar: Saúde do trabalhador.



## PALAVRAS DOS PROFESSORES

O trabalho da Equipe de Saúde da Família tem diversas características e atribuições. O trabalho com uma população adscrita ao longo do tempo são estratégias para favorecer o desenvolvimento de vínculo, longitudinalidade, coordenação do cuidado e integralidade nas ações realizadas.

A população adulta é uma parcela significativa da população assistida pelas Equipes de Saúde da Família, as mudanças que vêm ocorrendo no Brasil nas últimas décadas configuram um expressivo aumento do número de adultos no país. Adultos estes que procuram o serviço de saúde em diversas situações, mas principalmente por doenças crônicas e aquelas relacionadas ao trabalho.

Este módulo está estruturado em duas partes. A primeira parte propõe estratégias para o trabalho com tal população. Conhecer esta população e suas necessidades em saúde são os pontos fundamentais para a qualidade da atenção prestada.

A linha de organização dessas unidades tem como base as principais ações que devem ser desenvolvidas pelo enfermeiro na atenção básica no que tange à saúde do adulto, especificamente no que se refere ao conhecimento da prática clínica adequada em relação a doenças crônicas, transmissíveis prioritárias, sexualmente transmissíveis, ligadas à obesidade e transtornos alimentares. Consideramos que a enfermagem também deve levar em conta em seu exercício os aspectos sociais dos problemas mais prevalentes no cuidado do adulto em atenção primária à saúde. Deste modo, esses aspectos também serão apontados e procurar-se-á mostrar como a equipe de enfermagem pode fazer uso deles em sua prática.

Considerando que estamos sempre tratando da enfermagem dentro do programa Saúde da Família, o trabalho da equipe de enfermagem aqui também será tomado dentro do contexto do trabalho dos demais profissionais da saúde que integram o referido programa. Neste particular, buscar-se-á compreender o papel do enfermeiro na equipe multiprofissional para a integralidade do cuidado em saúde.

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 enfermeiro.

Desejamos-lhe 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

# PARTE I

MÓDULO 7



# UNIDADE 1

MÓDULO 7



# 1 INDICADORES DE MORBIMORTALIDADE NACIONAIS E ESTADUAIS EM SAÚDE DO ADULTO

Nesta unidade, você poderá refletir sobre a sua conduta e dos demais profissionais que integram a sua Unidade Básica de Saúde (UBS), com relação à produção do serviço de saúde e ao seu impacto na saúde da comunidade de seu território. Será que o que está sendo realizado tem conseguido resolver os problemas apresentados? As ações que são realizadas são as mais indicadas para a resolução destes problemas? Os recursos físicos, materiais e humanos estão sendo utilizados de maneira racional? O tempo que demanda a maneira como estas ações estão sendo concretizadas justifica a sua continuidade?

Poderá verificar também se em sua UBS há um planejamento das ações com a participação de todos os profissionais, ou se é obra da iniciativa de uns poucos. Se simplesmente as ações e programas vêm diretamente da Secretaria Municipal de Saúde, para que a UBS os ponha em prática sem uma análise da equipe de saúde com base na realidade das necessidades de saúde da sua comunidade.

Além disso, o conteúdo do presente estudo irá possibilitar uma análise de como você e os demais profissionais dão importância ao significado dos dados que armazenam diariamente no sistema de informação, referentes ao atendimento dos usuários e das ações executadas no âmbito da comunidade. Utilizam os indicadores de morbimortalidade para o planejamento de ações, assim como de avaliação do que vai sendo realizado?

Procure ler o conteúdo com atenção e reflita a sua prática diária dentro das ações promovidas por sua UBS. Assim conseguirá atingir seus objetivos neste estudo, que são o de habilitar-se para a aplicação de indicadores de morbimortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto no planejamento local de saúde e como instrumento das ações de atenção básica. Saber utilizar as principais ferramentas de captação e interpretação de indicadores em saúde do adulto em Sistemas de Informação disponíveis, tem significativa importância no trabalho em equipe de saúde.

## 1.1 Principais Indicadores de Morbimortalidade Nacional e Estadual em Saúde do Adulto e Sua Utilização Prática no Planejamento das Ações de Atenção Básica

Os objetivos dos serviços de saúde devem estar orientados para otimizar a saúde da população em geral e minimizar as disparidades entre subgrupos.

Em relação ao primeiro, para a sua efetivação, há a necessidade da utilização do mais avançado conhecimento disponível sobre a causa das enfermidades e do manejo das doenças, e como se conseguir a maximização da saúde.

O segundo, e igualmente importante, é conhecermos como se dá a vulnerabilidade e a exposição aos fatores de risco nos subgrupos, que interferem em seu nível de saúde, e como estes indivíduos têm acesso aos serviços de saúde para seu tratamento.

Você teve a oportunidade de, ao estudar no módulo 3 sobre a epidemiologia, conhecer uma série de indicadores de morbimortalidade, como podem ser calculados e como os seus resultados podem ser acessados nas bases de dados. Neste módulo, você poderá ler e refletir um pouco mais acerca de como a sua UBS está utilizando ou pode utilizar tais indicadores no planejamento das ações a serem desenvolvidas na atenção básica com a população de sua abrangência.

A Política Nacional da Atenção Básica estabelece como áreas estratégicas para atuação em todo o território nacional a eliminação da **Hanseníase**, o controle da **Tuberculose**, o controle da **Hipertensão Arterial**, o controle do **Diabetes Mellitus**, a eliminação da desnutrição infantil, a saúde da criança, a saúde da mulher, a saúde do idoso, a saúde bucal e a promoção da saúde.

Dentro da saúde do adulto, tema deste módulo, temos indicadores que nos possibilitam saber como se encontram a organização da demanda, a prevalência e a incidência das doenças transmissíveis e crônico-degenerativas, os fatores de risco em decorrência da situação do meio ambiente e do comportamento e estilo de vida das pessoas, e as condições de vulnerabilidade da população adstrita. Vamos então refletir sobre alguns indicadores que nos possibilitam acompanhar as ações de atenção à saúde do adulto.

Neste primeiro momento, tomemos como exemplo as doenças crônico-degenerativas e dentre elas a **Hipertensão Arterial**. Quando acessamos a base de dados e temos em mãos os dados deste tipo de problema de saúde, podemos verificar como o mesmo se encontra distribuído em nosso país, estado, município, bairro e em nosso próprio território de ação.

É normal que o adulto hipertenso, ao se sentir indisposto, procure um atendimento médico. Vamos supor que ele, ao procurar a unidade de saúde, obtenha de imediato sua consulta, bem como o medicamento receitado. No modelo biomédico, diríamos que o problema foi equacionado (pelo menos em parte, até nova consulta).

Mas estamos trabalhando na Estratégia Saúde da Família, a qual não apenas oferta a consulta e medicação, mas também se preocupa com o prosseguimento do controle do indivíduo. E neste modelo definido da ESF, o monitoramento deve se iniciar pelo cadastramento do doente, acompanhando-o no que se refere as demais ações para a estabilização de seu quadro de saúde. Aqueles pacientes que demandem um cuidado especial vão necessitar de uma atenção quanto à dieta, medicação e exercícios físicos. Tais pacientes hipertensos precisam ser monitorados com agendamentos mensais.

É também de suma importância que entendamos que são os registros das primeiras consultas e dos acompanhamentos dos casos detectados que vão municiar aos gestores informações suficientes para o estabelecimento de políticas públicas voltadas a este e outros tipos de problema de saúde.

Outro indicador importante é o referente ao **Diabetes Mellitus**. É responsabilidade da equipe de saúde discutir a situação deste tipo de problema em sua área de atuação. Como se encontra a prevalência deste tipo de problema? E o surgimento de casos novos? Quais são os casos já detectados e que demandam um cuidado especial? O estudo da prevalência e da incidência pode ser realizado a cada seis meses.

No caso dos pacientes já cadastrados, deve-se verificar se há obstáculos quanto às visitas domiciliares para seu acompanhamento ou se há faltas nas consultas agendadas. Quais as dificuldades do paciente para proceder ao seu autocontrole? Devemos lembrar que, dependendo da gravidade desta doença, os pacientes necessitam de medicação específica (insulina ou hipoglicemiante oral) para realizar a estabilização de seu quadro de saúde, assim como de informações e orientações para o controle de sua dieta e para o hábito diário de exercícios físicos. Em ambos os casos o acompanhamento deve ser mensal.

O acompanhamento dos pacientes cadastrados com **Hipertensão Arterial** e **Diabetes Mellitus** vai demandar competência de comunicação por parte dos membros da Equipe de Saúde. Isto se justifica, uma vez que é no processo de educação em saúde que se encontram as recomendações e orientações para o controle da dieta, da importância dos horários da medicação e do controle de condições de risco (obesidade, vida sedentária, tabagismo, alcoolismo) e prevenção de complicações. Não podemos apenas

restringir tais informações somente ao paciente, e sim estendê-las para o seio da família. São estas pessoas que estão diariamente em contato com o portador do referido problema de saúde, e que podem incentivá-lo e ajudá-lo a fazer o seu autocontrole.

Com respeito à dieta, temos que ter claro que não basta apenas recomendar este ou aquele alimento. O paciente deve compreender o real significado do valor nutricional dos alimentos, já que alimentos de sabor mais agradável nem sempre são os mais indicados àqueles casos. A mudança de hábito quanto a sua alimentação dependerá, além do seu estado emocional, de quanta informação foi assimilada, o acesso às alternativas propostas, o equilíbrio calórico entre a composição dos alimentos em cada refeição, os horários preconizados, e por que não, também a companhia durante a própria refeição.

E a prática de exercícios físicos? Lembre-se de que não basta apenas fazer a sua recomendação. É preciso que os membros da equipe de saúde conheçam em seu território onde estão disponíveis espaços apropriados à prática dos exercícios recomendados e quais são, na indisponibilidade de locais apropriados, as alternativas para a sua substituição.

As pessoas da família necessitam saber quais são os fatores relacionados a estes tipos de problemas de saúde, as consequências do não controle por parte do membro da família acometido, para poderem ajudá-lo a entender e aceitar a cronicidade da sua condição.

A aceitação da doença é um passo necessário para que o indivíduo se motive na adoção de novos hábitos, o que, conseqüentemente, pode melhorar em muito a sua autoestima. O trabalho familiar no manejo do paciente é de suma importância, visto que a sua qualidade de vida está atrelada ao apoio, compreensão e estímulo aos novos hábitos.

Outro fator importante se relaciona com a disponibilização na UBS dos medicamentos necessários para tais pacientes. A aderência ao esquema terapêutico depende em muito disto. Não se pode simplesmente prescrever tratamento medicamentoso. A farmácia da UBS tem que ter o medicamento à disposição. A falta do medicamento poderá desestimular e até provocar uma interrupção no tratamento. Deve ser considerada também a possibilidade de o paciente não tomar regularmente sua medicação em decorrência de possíveis reações colaterais. Tanto os familiares como os membros da equipe de saúde necessitam estar atentos a este aspecto.

Recomenda-se que em toda consulta o paciente seja questionado sobre a regularidade do uso da medicação e sobre possíveis efeitos colaterais. Baseado nestas informações é que o médico poderá analisar o caso e providenciar a substituição do medicamento.

E no caso de o paciente requerer cuidados específicos de média e alta complexidade? Os membros da equipe de saúde conhecem o fluxo de encaminhamento? As unidades de saúde estão devidamente conectadas com o sistema de referência? Tudo isto precisa ser pensado para que se consiga a integralidade da atenção à saúde.



### Saiba Mais

COTTA, R. M. M. Promoção da saúde e diabetes: discutindo a adesão e a motivação de indivíduos diabéticos participantes de programas de saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, 2007. Disponível em: <[http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo\\_int.php?id\\_artigo=2467](http://www.abrasco.org.br/cienciasaudecoletiva/artigos/artigo_int.php?id_artigo=2467)>. Acesso em: 21 jan. 2010.

## 1.2 Cadastramento e Acompanhamento de Paciente com Doenças Infecciosas

Vamos agora abordar a questão das doenças infecciosas, principalmente a **Tuberculose e a Hanseníase**. Da mesma forma descrita anteriormente, é necessário o cadastramento destes pacientes e o seu acompanhamento.

Com referência à **Tuberculose**, em que o tratamento é de média duração, devemos nos preocupar muito com o tratamento preconizado (Figura 1). Será que os pacientes estão tomando regularmente sua medicação diária? Veja que não basta unicamente realizar a consulta, fazer o diagnóstico e fornecer a medicação. O sucesso do tratamento dependerá de como o doente segue à risca o que lhe foi recomendado. Mais uma vez fica evidente a necessidade de apoio familiar.

Quanto ao acompanhamento dos casos nas dependências da unidade de saúde, é preciso assegurar consultas agendadas mensalmente, e se houver falta por parte do paciente, o agente comunitário de saúde deve realizar a visita domiciliar para saber as razões de sua ausência e providenciar nova consulta. A interrupção ao tratamento pode complicar ainda mais o processo

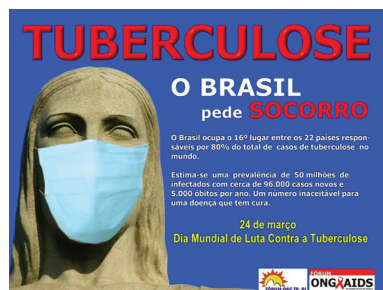


Figura 1: Dia mundial de luta contra a tuberculose.

Fonte: DIA..., 2010.

de cura, uma vez que tratamentos inadequados acabam por permitir o aparecimento de cepas resistentes a drogas usuais. Outro fator importante é não esquecermos dos comunicantes que também devem ser examinados e acompanhados.

Agora vamos pensar na **Hanseníase**. Uma doença que, se não for tratada e controlada, pode provocar prejuízos à capacidade física e à autoestima do paciente, além de seu estigma dentro da sociedade. O próprio paciente tem dificuldades de aceitar a sua situação, tendo em vista tratar-se de doença com poder de deformidade, mutilação e contágio.

Lembre-se de que tanto o doente como seus familiares não se sentem bem em saber que o problema existe naquela família e tentam ocultar o máximo possível esta situação dos profissionais de saúde de referência de seu domicílio. Isto dificulta a descoberta de casos novos e do acompanhamento por parte da UBS. Mas será que todos os profissionais da UBS estão devidamente informados e capacitados a lidar com tal tipo de problema?

Será que os profissionais da equipe de saúde conhecem as razões do abandono do paciente ao tratamento? Sem saber das várias possibilidades que levam ao abandono, não há como se proceder à intervenção favorável ao paciente.

Inúmeros estudos já comprovaram que o abandono ao tratamento está intimamente relacionado à aceitação do portador de sua situação após ser diagnosticado. O abandono ao tratamento também pode ocorrer devido ao desaparecimento das manifestações clínicas depois de algum tempo de tratamento. Outros motivos que contribuem para o abandono são os decorrentes das reações colaterais surgidas pela ingestão dos medicamentos, e para isto ainda a falta de apoio no ambiente familiar e social imediato. Portanto, o processo de educação em saúde, neste caso específico, deve ser dirigido não só ao paciente, mas também aos seus familiares. É importante que as orientações sejam realizadas por pessoal bem capacitado e de forma adequada, e não como simples recomendações de condutas a serem adotadas.



BARBOSA, J. C. et al. Olhares sobre as ações do Programa de Controle da Hanseníase: a perspectiva dos profissionais de saúde no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 273-292, 2008. Disponível em: <[http://www.iesc.ufrj.br/csc/2008\\_2/artigos/CSC\\_IESC\\_2008\\_2\\_10.pdf](http://www.iesc.ufrj.br/csc/2008_2/artigos/CSC_IESC_2008_2_10.pdf)>. Acesso em: 17 jan. 2010.

MACIEL, E. L. N. O conhecimento de pacientes com tuberculose acerca de sua doença: um estudo de caso-controle. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 3, p. 593-604, 2005. Disponível em: <[http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2005\\_3/resumos/CSC\\_2005-3\\_ethel.pdf](http://www.nesc.ufrj.br/cadernos/2005_3/resumos/CSC_2005-3_ethel.pdf)>. Acesso em: 13 fev. 2010.

### 1.3 O Tabagismo e Suas Consequências

Outra preocupação com o nosso dia de trabalho na UBS é com respeito ao tabagismo e suas consequências (Figura 2). Durante muitos anos do século XX, o tabagismo foi visto como uma opção por um estilo de vida. Mas em função de uma série de estudos científicos publicados, passou a ser reconhecido, mais ao final do século, como uma doença. Este vício é causado principalmente pela dependência de uma das 4.700 substâncias tóxicas que existem no tabaco, a nicotina.

A dependência ao tabaco faz com que milhões de pessoas passem anos se expondo às referidas substâncias tóxicas e desenvolvam graves doenças incapacitantes e fatais como o câncer, as doenças cardiovasculares e as doenças pulmonares obstrutivas crônicas. Por isso, o tabagismo é reconhecido hoje em todo o mundo como um grave problema de saúde pública.

A OMS considera atualmente o tabagismo a maior causa evitável isolada de morbidade e mortalidade do mundo atual. No Brasil, cerca de 200 mil pessoas morrem por ano em virtude de doenças associadas ao tabaco. Nosso país se encontra entre os maiores consumidores do tabaco, sendo que este vício já atinge uma grande parte da nossa população jovem, com uma boa concentração entre os 15 e 25 anos de idade, o que não é nenhuma novidade, pois 90% dos fumantes regulares adquiriram tal hábito antes dos 18 anos (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010).

A partir de 1996, o Brasil iniciou de maneira oficial, uma política para combater o tabagismo no país. Foi instituída a Lei Federal 9.496,



Figura 2: Tabagismo  
Fonte: PROIBIDO..., 2010.

que proíbe fumar em “recintos coletivos, privados ou públicos” e que prevê a criação de espaços destinados exclusivamente ao tabagismo, isolados e com arejamento, que passaram a ser conhecidos como fumódromos (SÃO PAULO, 2009).

O reconhecimento de que a expansão do tabagismo é um problema mundial fez com que a 52ª Assembleia Mundial da Saúde, em 1999, propusesse a adoção do primeiro tratado internacional de saúde pública da história da humanidade. Este tratado passou a ser chamado de Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (BRASIL, 2004). A partir desse ano, 192 países trabalharam em várias redações do texto da Convenção-Quadro antes de chegar a um documento de consenso que foi adotado por unanimidade na 56ª Assembleia Mundial da Saúde, no mês de maio de 2003.

Este documento é um instrumento legal, sob a forma de um tratado internacional, no qual os Estados signatários concordam em empreender esforços para circunscrever a epidemia causada pelo tabaco, ou seja, um conjunto de medidas cujo objetivo precípuo é deter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde.

Mas por que devemos saber de tudo isso? Se nós já sabemos dos malefícios do fumo, é evidente que achamos que temos conhecimento suficiente para repassar informações aos dependentes deste vício. Só isso não basta?

Provavelmente não. No processo de educação em saúde, apenas o repasse de informações técnicas sobre determinado tema não tem conseguido bons resultados. Lembre-se de que o receptor da mensagem é um ser humano que se encontra exposto a fatores sociais que o induzem à adoção de determinados comportamentos.

Isto pode ser comprovado pelos resultados da pesquisa de Martins (2009), que mostram que a maioria (84,1%) dos respondentes iniciaram o contato com o tabaco já na segunda década de vida, sendo que a maior frequência ficou entre os treze e quatorze anos de idade. Dentre as influências que foram categorizadas, para este contato com o fumo, destacam-se como as mais citadas a influência de pares ou colegas, seguida da influência de familiares sendo esta fortemente marcada pelo fato de enquanto crianças terem acendido o cigarro a pedido dos avós. Também houve referências à percepção do fumar como algo bonito/chique, curiosidade ou brincadeira, modismo e influência da mídia, dentre outros.

Para poder ajudar as pessoas a deixarem este vício, o governo tem que fazer, e vem fazendo, a sua parte instituindo legislação específica de restrição à venda e hábito de fumar.



A restrição de propaganda e de promoção de produtos do tabaco, assim como a inserção de advertências sanitárias nos produtos vendidos, tentam reduzir estímulos sociais que induzem jovens a começarem a fumar. Mas quanto àqueles que fumam? Como nós profissionais de saúde devemos agir?

Primeiro, necessitamos saber o que já temos como política de saúde dirigida a este tema. Depois devemos descobrir, divulgar e fornecer mecanismos que possam conscientizar e ajudar os dependentes a combaterem seu vício. O que não é nada fácil, pois a indústria do tabaco também faz a sua parte para conseguir mais consumidores. Esta luta pode se dar no forte lobby de seus representantes em cima de nossos legisladores para atenuarem as medidas restritivas, ou na utilização de propaganda de forte apelo social, conquistando consumidores cada vez mais jovens.

O nosso papel na atenção básica tem que ser dirigido não apenas aos dependentes, mas também aos futuros consumidores em potencial. E lembre-se de que entre os fumantes temos aqueles que também já possuem outros problemas de saúde e que podem ser agravados pela insistência em fumar. Os diabéticos que fumam ou que mascam tabaco correm maior risco de ter graves complicações renais e apresentar distúrbios da retina de evolução mais rápida.

Aos consumidores, os serviços de saúde devem aumentar o acesso dos fumantes aos serviços de apoio para deixar de fumar. Trabalhar com grupos de tabagistas na UBS tem se mostrado uma boa estratégia, bem como o fornecimento da medicação específica para combater este vício. Não podemos nos esquecer de trabalhar toda a família, uma vez que a rede de apoio também envolve os familiares e amigos no suporte ao estímulo ao dependente para superar o vício. Em relação aos futuros consumidores, devemos sair da UBS e efetuar ações educativas em espaços sociais, sobretudo em escolas atuando com crianças e adolescentes. A veiculação de informações precisa utilizar linguagem adequada e uso de materiais que possam mostrar diretamente os riscos e as consequências do tabagismo, medidas capazes de reduzir a aceitação social deste vício.



## Saiba Mais

Para aprofundar este tema recomendamos a leitura dos seguintes textos/artigos:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Por que aprovar a convenção-quadro para o controle do tabaco?** Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/cquadro.pdf>>. Acesso: 20 jan. 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Brasil: advertências sanitárias nos produtos de tabaco 2009.** Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil\\_advertencias\\_sanitarias\\_nos\\_produtos\\_de\\_tabaco2009b.pdf](http://www.inca.gov.br/tabagismo/publicacoes/brasil_advertencias_sanitarias_nos_produtos_de_tabaco2009b.pdf)>. Acesso em: 25 jan. 2010.

## 1.4 Avaliação da Atenção à Saúde

Vamos abordar agora a questão da utilização do conhecimento dos problemas mais prevalentes em saúde da comunidade para o acompanhamento das ações efetuadas e para a avaliação dos resultados alcançados.

Sabemos que muitas doenças ou agravos à saúde podem ser preveníveis. Entretanto, muitas enfermidades, devido à multiplicidade de seu caráter causal, são menos passíveis de serem prevenidas. E qual será então o objetivo das ações de saúde executadas pelas unidades básicas? Evidentemente que os serviços de saúde devem se esforçar para tentar prevenir, tratar e reduzir a duração da doença ou o desconforto e a incapacitação associados a ela. Em todos os casos, a avaliação do impacto das intervenções deve ser efetuada, pois os resultados irão mostrar o que se está conseguindo em termos de saúde no contexto de vida e aspirações diárias das pessoas.

Como se encontra o processo de garantia do prosseguimento da assistência nos demais níveis de complexidade? A sua UBS está em sintonia com os demais níveis de atenção? Lembre-se de que a integralidade da atenção prevê, além das ações dirigidas ao tratamento (recuperação da saúde), as de promoção da saúde, prevenção e reabilitação, assim como a longitudinalidade do atendimento requerido nos demais níveis de complexidade. É o que se denomina amplitude de serviços. Agora pense um pouco. Tal amplitude exige uma coordenação forte tanto por parte dos

demais níveis de complexidade como de sua própria UBS. Estas coordenações precisam estar sintonizadas, senão correm o risco de desacreditar o sistema e não obterem a resolubilidade esperada.

Outro fator importante na avaliação da atenção à saúde é o tempo demandado para a resolução de um problema e sua correlação com a quantidade e os diferentes tipos de recursos usados tanto para o diagnóstico quanto para o manejo do paciente.

Como ter à disposição recursos necessários para a resolução dos problemas de saúde mais prevalentes?

A disponibilidade eficiente de recursos irá depender muito de informações efetivas da existência de problemas passíveis de alteração pelos serviços de saúde. Pense um pouco, em cada território vive uma população, e dependendo da estrutura de vida destas pessoas, teremos problemas de saúde que podem ser diferentes em magnitude e amplitude de outra comunidade em um mesmo município. São as informações obtidas sobre o conhecimento da população e seu território que permitem planejar a alocação dos recursos de forma diferenciada, de acordo com as necessidades da população atendida.

E como avaliar o que está sendo desenvolvido?

Em geral, os autores propõem inúmeras formas de se fazer avaliação em saúde. Uma destas formas, que é muito utilizada, se baseia em três aspectos essenciais:

**Estrutura**, na qual a avaliação se volta para os recursos físicos e materiais disponíveis e gastos para o desenvolvimento das ações, ou seja, desde a segurança e aparência agradável das unidades de saúde até a adequação dos equipamentos que contribuem para a prestação dos serviços;

**Processo**, que diz respeito à maneira como as atividades são desenvolvidas. Aqui se trata da qualidade da atenção, da qualificação do pessoal dos serviços de saúde e também da satisfação dos usuários com os serviços executados; e

**Resultado**, referente ao efeito conseguido, relação ao impacto proporcionado pela ação de saúde.

Nas reuniões de planejamento da sua UBS, a equipe tem discutido tais aspectos? Consegue estabelecer uma relação de causa e efeito entre a estrutura, o processo e os resultados?

Vamos supor que uma determinada ação tenha o seu processo bem conduzido. Como exemplo, tomemos o grupo de tabagistas:

As reuniões são frequentes, a participação é ativa nas discussões sobre os malefícios do fumo, e as manifestações são de que participantes estão deixando de fumar.

Como avaliar esta ação? Apenas pelo processo? Mas quanto aos resultados? Vamos considerar o quê? Apenas aqueles que deixaram de fumar ou sua relação com o número de participantes? E a incidência em seu território de novos fumantes?

Em muitas ocasiões, não será possível o estabelecimento do nexo de causa e efeito entre os resultados conseguidos. Do que estamos tratando? Isto ocorre principalmente nas doenças crônico-degenerativas, em que poderemos ter um aumento na prevalência de uma determinada doença em função dos resultados satisfatórios das ações que acabam por prolongar a sobrevida dos pacientes.

Outro aspecto que deve ser levado em consideração na avaliação em saúde é que nem sempre os resultados benéficos alcançados podem ser atribuídos unicamente às ações executadas. Lembre-se de que o status de saúde de uma população depende em muito de medidas externas ao sistema de saúde, como a habitação, alimentação, vestuário etc.

O planejamento de ações de saúde deve considerar a importância e as várias possibilidades da avaliação. Somente com a avaliação obtida com o processo, estrutura e resultados é que poderemos ter informações suficientes para saber se as ações e os programas de saúde estão correspondendo, de fato, às necessidades da população beneficiada.



## Saiba Mais

Para aprofundar este tema recomendamos a leitura dos seguintes textos/artigos:

CAMPOS, G. W. de S.; MINAYO, M. C. de S.; AKERMAN, M. et al. (Org.).

**Tratado de saúde coletiva.** São Paulo: Hucitec, 2006.

FLORIANI, C. A.; SCHRAMM, F. R. Atendimento domiciliar ao idoso: problema ou solução? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 986-994, jul./ago., 2004.

SILVA, L. M. V.; FORMIGLI, V. L. A. Avaliação em saúde: limites e perspectivas. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 10, n. 1, p. 80-91, jan./mar. 1994.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você pode ter contato sobre a proposta do processo de trabalho dos profissionais que integram uma equipe de saúde da família em uma UBS, além das ações que podem ser efetuadas e o seu impacto na saúde da comunidade de abrangência da UBS. Foi mostrado como a aplicação de indicadores de morbimortalidade servem de instrumento para o planejamento local de saúde na atenção básica. Foram apresentados exemplos para facilitar a adoção de ações visando a resolutividade dos problemas de saúde da população adulta. Destacou-se como a utilização do conhecimento dos problemas mais prevalentes em saúde da comunidade servem tanto para o acompanhamento das ações efetuadas, assim como para a avaliação dos resultados alcançados.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Por que aprovar a convenção-quadro para o controle do tabaco?** Brasília, 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/cquadro3/cquadro.pdf>>. Acesso: 20 jan. 2010.

DIA Mundial de luta contra à tuberculose. **Noticiário Rio de Janeiro Online**, 24 mar.. Disponível em: <<http://roselypellegrino.files.wordpress.com/2009/03/clip-image0011.jpg>>. Acesso em: 14 mar. 2010.

MARTINS, K. C.. **“Eu queria mas não conseguia”**: aspectos relacionados à mudança do comportamento de fumar em participantes de grupo de tabagismo. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Universidade de Brasília, Instituto de Psicologia, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Disponível em: <<http://www.who.int/es/>>. Acesso em: 22 jan. 2010.

PROIBIDO fumar. Disponível em: <[http://www.imagensdahora.com.br/clipart/cliparts\\_imagens/05Diversos//proibido\\_fumar\\_02.jpg](http://www.imagensdahora.com.br/clipart/cliparts_imagens/05Diversos//proibido_fumar_02.jpg)>. Acesso em: 15 fev. 2010.

SÃO PAULO. Lei nº 13.541, de 7 de maio de 2009. Disponível em: <<http://www.sindiconet.com.br/3458/informese/leis-e-acordos/lei-antifumo-sp/integra-da-lei-estadual-577e08-%E2%80%93-lei-antifumo>>. Acesso em: 15 de jun. 2010.



# UNIDADE 2

MÓDULO 7



## 2 PROGRAMAS, POLÍTICAS E PACTOS DE SAÚDE DO ADULTO NO BRASIL

A saúde do adulto, como você já deve saber, possui um caráter transversal nas políticas públicas de saúde. Uma significativa parte da população adulta é tomada como objeto de políticas específicas, como da saúde da mulher, saúde do idoso ou saúde mental. Estas políticas possuem, por sua vez, uma longa história de construção, produto de movimentos sociais, intelectuais e políticos, até expressarem a defesa de valores essenciais para cada um dos campos e de acordo com especificidades – necessidades, demandas, agravos, modos de viver – destes sujeitos. Um pouco destas políticas você estudará em módulos específicos. Mas, dada esta transversalidade, resta a pergunta, onde mais e sob que situações é tratada a saúde do adulto nas políticas públicas?

Nesta unidade, veremos alguns recortes que pretendem exemplificar tal transversalidade, especialmente no que concerne aos pactos e metas em saúde, e que não esgotam as formas como a saúde do adulto atravessa diferentes ações públicas. Terá oportunidade de vislumbrar a maneira como estas propostas estão efetivamente se integrando, que limites enfrentam, que problemas não estão sendo focados. Enfim, poderá pensar criticamente este vasto campo da saúde do adulto e os avanços ainda necessários para uma atenção mais integral e de qualidade, com enfoque interdisciplinar e multiprofissional e embasada em princípios éticos.

Com esta organização de conteúdo, seus objetivos são: compreender as diretrizes políticas e técnicas contidas nos pactos, políticas e programas de saúde do adulto no Brasil, conhecer as metas pactuadas e as ações programáticas de atenção básica ampliada, bem como reconhecer a articulação entre a organização do serviço local com as metas e ações programáticas da atenção básica ampliada em saúde do adulto.

### 2.1 Metas Pactuadas no País, Estado e Município Relativas à Saúde do Adulto

Um bom início para saber mais a respeito das metas pactuadas relativas à saúde do adulto é retomar o significado do estabelecimento de metas para a organização do Sistema de Saúde. Daí, você pode recorrer à legislação básica sobre o assunto.



Para conhecer sobre as pactuações no SUS, leia as publicações:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde**: SISPACTO. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>>. Acesso em: 12 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 399/GM, de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o pacto pela saúde 2006 – consolidação do sus e aprova as diretrizes operacionais do referido pacto. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-399.htm>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 3085/GM, de 1º de dezembro de 2006. Regulamenta o Sistema de Planejamento do SUS. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2006/GM/GM-3085.htm>>. Acesso: 11 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 91/GM, de 10 janeiro de 2007. Regulamenta a unificação do processo de pactuação de indicadores do Pacto pela Saúde, por Municípios, Estados e Distrito Federal. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria.pdf>>. Acesso: 10 fev. 2010.

Você já pode perceber que as metas são operacionalizações dos pactos e estes são instrumentos para o planejamento e a avaliação em saúde. São chamados “Pactos” porque têm como princípio a participação das diferentes esferas de pactuação - União, estado e município (ou DF) – e a aprovação nos respectivos Conselhos de Saúde. Outro importante princípio é a fundamentação na análise da situação de saúde, com a identificação de prioridades de importância sanitária locorregional.

Tais instrumentos são representados pelo “Pacto pela Saúde”, “Pacto pela Vida” e o “Pacto de Gestão”. A partir de diretrizes gerais são estabelecidas, em Portarias específicas, anualmente, as prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida, os indicadores de monitoramento e a avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação.

A Portaria nº 325/GM, de 21/02/2008 (BRASIL, 2008a) estabeleceu as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde para o ano de 2008. Para 2009, a Portaria nº 48, de 12/01/2009 (BRASIL, 2009b) manteve estas mesmas definições, propondo apenas algumas alterações.

Que prioridades, afinal, são essas? Veja, no quadro 3, abaixo e pense em como elas se relacionam com a saúde do adulto:

I	Atenção à saúde do idoso.
II	Controle do câncer de colo de útero e de mama.
III	Redução da mortalidade infantil e materna.
IV	Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na dengue, hanseníase, tuberculose, malária, influenza, hepatite, Aids.
V	Promoção da saúde.
VI	Fortalecimento da atenção básica.
VII	Saúde do trabalhador.
VIII	Saúde mental.
IX	Fortalecimento da capacidade de resposta do sistema de saúde às pessoas com deficiência.
X	Atenção integral às pessoas em situação ou risco de violência.
XI	Saúde do homem.

Quadro 3: Pacto pela saúde 2008/2009.

Fonte: Adaptado de Brasil 2008a, 2009b.

Você já pensou sobre as prioridades do Pacto pela Saúde, estabelecidas pelas Portarias nº 325/GM e nº 48 (BRASIL, 2008), mas sabe como ocorrem os fluxos e as rotinas do processo unificado de pactuação dos indicadores do Pacto pela Saúde? Então confira a seguir, na figura 4, o que inclui o fluxo, de modo simplificado.

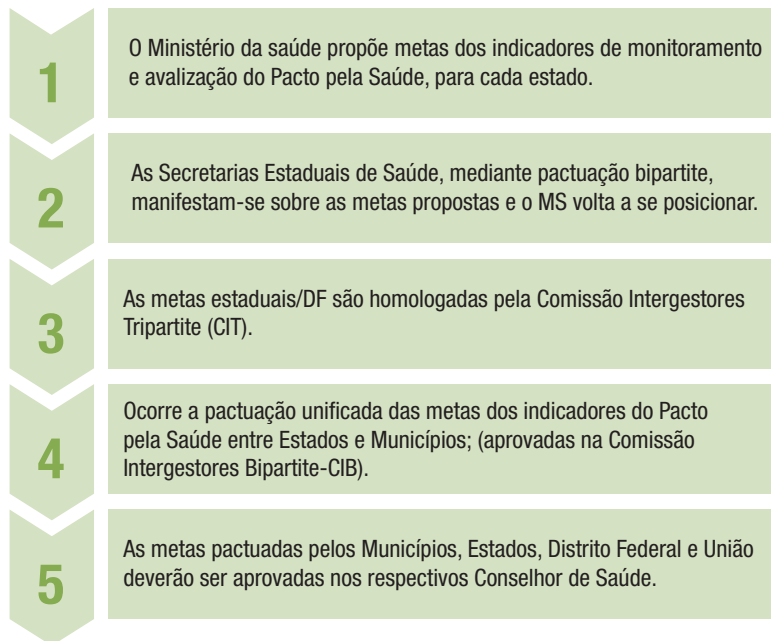


Figura 4: Fluxo do Pacto pela Saúde.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008, 2009.

A esta altura você já sabe que o monitoramento dos indicadores e a avaliação do Pacto pela Saúde são organizados de acordo com prioridades, que se dividem em objetivos, que se traduzem em metas, que são avaliados por meio de indicadores, que possuem uma fórmula de cálculo, uma fonte (sistema de informação que gera os elementos para o cálculo).

Os indicadores podem ser de dois tipos (principal ou complementar) e abranger, como esfera de pactuação, União, Estado e Município.

Algumas prioridades são de caráter bem geral, como a “Promoção da Saúde”, que inclui metas dirigidas a problemas como o sedentarismo, o tabagismo ou a violência; ou a estratégias como Saúde da Família, ou ainda, à qualificação dos profissionais da Atenção Básica. Outras prioridades são mais específicas, como o “Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite, Aids”.

Só poderemos compreender a inserção da Saúde do Adulto nestes pactos se fizermos uma **leitura transversal**, que busque localizar a partir de que metas e indicadores os serviços buscam atender necessidades deste grupo populacional.

## Vamos a um exemplo?

No pacto pela Vida 2008 (definições mantidas em 2009), a prioridade V é a “Promoção da Saúde”, distribuída em 10 objetivos, cujo 8º é “desenvolver ações de promoção, prevenção e assistência contemplando, prioritariamente, áreas programáticas e transversais” (BRASIL, 2008b).

Este objetivo se desdobra em 8 metas e nelas podemos encontrar algumas que abordam, transversalmente, o adulto. Veja 6 destas metas e como uma delas define indicadores:

- a) aumento de 10% dos hipertensos e diabéticos cadastrados no SISHIPERDIA;
- b) 5% da população com escovação dental supervisionada;
- c) redução da mortalidade por doenças cardiovasculares em 2% ao ano;
- d) Redução da morbidade por complicações do Diabetes Mellitus e da Hipertensão Arterial;
- e) 1,5 consultas/habitante/ano;
- f) 1,0 visita domiciliar/família/mês.

Gostaríamos, no entanto, de fazer uma ressalva. Em outros módulos, já trabalhamos o novo conceito de Promoção da Saúde, oriundo da Carta de Ottawa de 1986 (CARTA..., 1986). Podemos perceber que mesmo em políticas ministeriais continua arraigado o conceito antigo, ligado a grupos de risco específicos e à mudança de estilo de vida individual. Sendo assim, apesar de no pacto essas ações propostas estarem sendo consideradas como promoção, sabemos que são ações de prevenção.

Vejamos, agora, duas prioridades, com seus objetivos e indicadores, que se referem a alguns dos conteúdos dos quais trataremos em unidades seguintes deste Módulo de Saúde do Adulto (Quadro 5):

OBJETIVOS	INDICADORES
Reduzir a letalidade por Febre hemorrágica de Dengue.	Taxa de letalidade por Febre hemorrágica de Dengue.
Ampliar a cura de casos novos de tuberculose baculífera diagnosticados a cada ano.	Proporção de cura de casos novos de tuberculose pulmonar baculífera.
Reduzir a incidência de malária na região da Amazônia Legal.	Incidência parasitária anual de Malária.
Ampliar a cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados, nos períodos de tratamento preconizados.	Proporção de cura dos casos novos de hanseníase diagnosticados nos anos das coortes.
Aumentar a proporção de coleta de amostras clínicas para o diagnóstico do vírus influenza de acordo com o preconizado.	Proporção de amostras clínicas coletadas do vírus influenza em relação ao preconizado.
Ampliar a cobertura da população brasileira com ações de vigilância, prevenção e controle das hepatites virais.	Proporção de casos de hepatites B e C confirmados por sorologia.
Reduzir a incidência de Aids em menores de 5 anos.	Taxa de incidência de Aids em menores de 5 anos de idade.

Quadro 5: Doenças emergentes e endemias.

Fonte: Brasil, 2009a.

### Fórmula de Cálculo PARA Proporção de Casos de Hepatites B e C confirmados por Sorologia:

$$\frac{\text{número de casos novos de hepatite B + hepatite C + Hepatite B e C confirmados por sorologia reagente residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período}}{\text{Número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C, residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período}} \times 100$$

**Prioridade IV:** Fortalecimento da capacidade de respostas às doenças emergentes e endemias, com ênfase na Dengue, Hanseníase, Tuberculose, Malária, Influenza, Hepatite, Aids.”

Pense e consulte os dados da sua Unidade. Como está a situação deste indicador na sua área de abrangência? Como cada Unidade pode contribuir para atingir tais objetivos?

No quadro 6, vamos acompanhar a **Prioridade VII:** Saúde do Trabalhador.

OBJETIVOS	INDICADORES
Ampliar a Rede Nacional de Atenção Integral à Saúde do Trabalhador – RENAST, articulada entre o Ministério da Saúde, as Secretarias Estaduais e Municipais, a partir da revisão da Portaria G/M 2.437, de 07/12/2005.	50 novos Centros de Referência em Saúde do Trabalhador implantados.
Apoiar estados e municípios na capacitação de profissionais em Saúde do Trabalhador.	960 profissionais de saúde em processo de formação na área de Saúde do Trabalhador.

Quadro 6: Saúde do trabalhador.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2008a, 2009b.

Logo mais voltaremos ao tema da Saúde do trabalhador. Por enquanto, pense nisso: Você percebeu algo de novo entre as prioridades eleitas, desde 2006?

Se podemos considerar que as prioridades revelam áreas bem conhecidas e algumas há muito focalizadas em políticas e programas, cabe reconhecer uma novidade: a Saúde do Homem. Ela aparece como a XI Prioridade; com o objetivo de promover a saúde do homem e a meta de elaborar, publicar e implantar a Política de Saúde do Homem. Vamos continuar?

## 2.2 A Organização do Serviço Local Considerando as Metas e as Ações Programáticas da Atenção Básica Ampliada em Saúde do Adulto

Começamos esta Unidade falando de pactos e metas, destacando a transversalidade da Saúde do Adulto sob diferentes prioridades, objetivos e metas que constituem o Pacto pela Vida. Você já retomou, em módulos anteriores, ideias fundamentais sobre as políticas de saúde, o SUS, o planejamento em saúde, modelos assistencial e, até, sobre o processo de trabalho na ESF.

Então, a seguir, irá apenas mobilizar uma articulação entre alguns conhecimentos que você tem e sua própria realidade, confira:

- a) Comece lembrando que no conjunto que compõe a Atenção Básica Ampliada estão incluídas áreas estratégicas, algumas com políticas próprias, como Saúde da Mulher, 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 à saúde indígena, à Hipertensão e Diabetes, à alimentação e nutrição, às urgências, às hepatites, às DST/Aids e outras doenças.

Do mesmo modo que observamos nas metas pactuadas, aqui também se mostra a transversalidade da Saúde do Adulto – ela está contida em várias destas áreas e é abordada a partir de problemas prioritários que atingem esta população.

Então pense em como você reconhece a população adulta no interior das ações desenvolvidas pelos serviços de saúde. Quantas políticas e programas fazem interface com as necessidades desta população?

- b) Agora pense de modo mais objetivo: o que representa a população adulta na sua área de abrangência? Busque dados:

população adulta na sua área.;

principais problemas de saúde que você identifica nessa população;

para quais desses problemas você reconhece repostas efetivas do - serviço/unidade;

para quais desses problemas você dispõe de marcadores específicos.

- c) Faça uma visita ao site da Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC): <http://www.saude.sc.gov.br/>. Selecione a janela “Pacto pela Saúde” e entre no “Caderno Pacto”. Lá você pode encontrar todos os municípios do estado e abrir suas respectivas planilhas. Dentro delas, encontrará pastas de trabalho com os indicadores do município e estado. Entrando nos indicadores do município escolhido, olhe atentamente a série histórica de cada indicador. Detenha-se em um indicador relativo à saúde do adulto.

Anote:

Indicador:

Como ele se comporta na série histórica?

Qual a meta pactuada (mais recente)?

Qual a % alcançada da meta?

Qual a meta no estado?

Qual a situação da meta em relação ao esperado?



- d) Observe também as legendas das cores, indicando % da meta alcançada e reconheça em quais metas o município atinge 100% ou mais (verde), de 50 a 99% (amarelo), menos de 50% (vermelho).

Você seria capaz de fazer uma projeção semelhante para sua área de abrangência?

- e) Depois de percorrer a planilha, vá à pasta de trabalho “gestor do indicador” e identifique a relação das prioridades e metas com as áreas técnicas e gestores da SES responsáveis – esta é uma referência importante para direcionar futuras buscas.
- f) Finalmente, reflita sobre o processo de planejamento local de saúde e o modo como ele está sendo efetivado na sua unidade. Ele está realmente considerando a análise das necessidades locais? Que dados você dispõe para conhecer a situação de saúde da população adulta da sua área?

Liste aqui alguns desses dados:

Vamos, para finalizar, voltar ao assunto da transversalidade da Saúde do Adulto em diversas políticas e estratégias, depois de termos buscado exemplos diretamente nas atuais pactuações em saúde.

Mas será que, além das tradicionais áreas (Saúde da Mulher, Saúde dos Idosos, Saúde Mental e do Trabalhador), o adulto permanece “diluído” em agravos e ações estratégicas (como violências, Tuberculose, DST, Hanseníase, Hipertensão Arterial, entre inúmeras)? Foi por reconhecer esta fragmentação que o Ministério da Saúde propõe a Política Nacional da **Saúde do Homem**.

Vejamos as justificativas expressas no documento que apresenta esta Política, ver figura 7. Leia e pense se você concorda ou discorda da análise que justificou tal política: (cheque ✓, em caso positivo):

A população masculina busca menos que as mulheres os serviços de atenção primária e acessa o sistema de saúde por meio da atenção especializada; o que requer mecanismos de fortalecimento e qualificação da atenção primária, a promoção da saúde e a prevenção de agravos evitáveis.

Muitos agravos poderiam ser evitados caso os homens realizassem, com regularidade, as medidas de prevenção primária.

Ao buscar o sistema de saúde pela atenção ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, ocorre o agravamento da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o sistema de saúde.

Estudos comprovam que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres.

Tratamentos crônicos ou de longa duração têm, em geral, menos adesão, visto que os esquemas terapêuticos exigem um grande empenho do paciente que, em algumas circunstâncias, necessitam modificar seus hábitos de vida para cumprir seu tratamento; as barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde também são causa da baixa adesão, relacionadas a barreiras sócio-culturais e barreiras institucionais.

Variáveis culturais, como estereótipos de gênero e dificuldade em reconhecer suas necessidades, além de serviços que privilegiam as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso, prejudicam a procura pelos serviços de atenção primária. Além dos horários de funcionamento dos serviços de saúde coincidirem com os turnos de trabalho, produzindo também uma barreira sócio-econômica.

Figura 7: Política nacional de saúde do homem.

Fonte: Brasil, 2008a.

Se você confirmou a percepção expressa nesta política, baseada em inúmeros estudos, entende a importância de sua proposição, já que o seu objetivo é “Promover a melhoria das condições de saúde da população masculina do Brasil, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e mortalidade dessa população, através do enfrentamento racional dos fatores de risco e mediante a facilitação ao acesso, às ações e aos serviços de assistência integral à saúde.” Isto consta do documento base. Busque este documento e veja ainda:

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem, portanto, além de evidenciar os principais fatores de morbimortalidade na saúde do homem, explicita o reconhecimento de 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 de tal 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 (BRASIL, 2008a, p. 7).



### Saiba Mais

Sobre o Sistema de Programação Pactuada e Integrada (SisPPI) e para acessar a série PACTOS PELA SAÚDE, entre outras informações e apresentações:

BRASIL. Ministério da Saúde. Programação Pactuada e Integrada. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id\\_area=993](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/area.cfm?id_area=993)>. Acesso em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/>>. Acesso em: 27 fev. 2010.

Sobre o Pacto da Saúde na Secretaria de Estado da Saúde (SES/SC):  
SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Disponível em: <<http://www.saude.sc.gov.br/>>. Acesso em: 21 jan. 2010.

Sobre a Política Nacional da Saúde do Homem:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT-09-CONS.pdf>>.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você entrou em contato com as diretrizes políticas e técnicas contidas nos programas, políticas e pactos de Saúde do Adulto no Brasil. Conheceu as metas pactuadas em seu estado e município relativas à Saúde do Adulto, as ações programáticas de atenção básica ampliada e pode verificar a necessidade da articulação entre a organização do serviço local com as metas e ações programáticas da atenção básica ampliada em Saúde do Adulto.

## REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde do homem: princípios e diretrizes**. Brasília, 2008a. Disponível em: <<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:OXoUBn7jYSoJ:dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2008/PT09-CONS.pdf+A+Pol%C3%ADtica+Nacional+de+Aten%C3%A7%C3%A3o+Integral+%C3%A0+Sa%C3%BAde+do+Homem&hl=pt-BR&gl=br>>. Acesso em: 16 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS **Sistema de Informação de agravos de notificação**. Brasília, 2009a. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em: 18 nov. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 48, de 12 de janeiro de 2009. Dispõe que ficam mantidas, para o ano de 2009, as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, 13 jan. 2009b. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2009/iels.jan.09/iels07/U\\_PT-MS-GM-48\\_120109.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2009/iels.jan.09/iels07/U_PT-MS-GM-48_120109.pdf)>. Acesso em: 17 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 325/GM, de 21 de fevereiro de 2008. Estabelece prioridades, objetivos e metas do Pacto pela Vida para 2008, os indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde e as orientações, prazos e diretrizes para a sua pactuação. **Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 22 fev. 2008b. Disponível em: <[ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe\\_eletronico/2008/iels.fev.08/iels35/U\\_PT-MS-GM-325\\_210208.pdf](ftp://ftp.saude.sp.gov.br/ftpsessp/bibliote/informe_eletronico/2008/iels.fev.08/iels35/U_PT-MS-GM-325_210208.pdf)>. Acesso em: 29 jan. 2010.

CARTA de Ottawa. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE. 1. Ottawa, nov. 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 14 jun. 2010.

# UNIDADE 3

MÓDULO 7

## 3 O PAPEL DOS MEMBROS DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA NO PLANEJAMENTO DE AÇÕES E AVALIAÇÃO DE RISCOS EM SAÚDE DO ADULTO

O trabalho em atenção primária à saúde se dá no contexto comunitário, ou seja, está inserido na comunidade. Assim, o processo de trabalho da Equipe de Saúde da Família deve estar focado nas necessidades dos indivíduos de sua área de abrangência e da comunidade. O olhar integrado de cada membro da equipe é importante neste processo.

Mas vocês devem se perguntar como desenvolver o trabalho em equipe.

A reunião de equipe é um excelente espaço para planejar, discutir e avaliar o processo de trabalho.

Com relação à Saúde do Adulto, podemos começar conhecendo a população adulta da nossa área de abrangência. A partir daí traçamos o perfil (com base nos indicadores) e necessidades desta população e planejamos as ações.

Todo este processo é realizado em equipe com contribuição de cada membro e divisão de responsabilidades. Respeitando-se as atribuições e especificidades de cada profissão.

Nesta Unidade, vamos resgatar os indicadores apresentados na Unidade 1 e como utilizá-los no planejamento das ações em equipe. Também falaremos sobre as ações que podem ser desenvolvidas com base nestes indicadores: grupos de promoção à saúde, visitas domiciliares... E para finalizar, falaremos da avaliação das ações que visam corrigir problemas ou entender a necessidade de mudanças no processo de trabalho.

Com tal organização de conteúdos, seus objetivos de aprendizagem são os de capacitar-se para o planejamento e a execução de ações direcionadas à população adulta, partindo do conhecimento dos dados da população, de sua área de abrangência, planejando ações de promoção, prevenção e assistência, e habilitar-se a acompanhar e avaliar ações realizadas em equipe.

### 3.1 Conhecimento da População Adulta da Sua Área de Abrangência

É muito importante o profissional da atenção primária conhecer a sua população adulta.

Vocês sabem qual a faixa etária da população adulta? A população adulta são os indivíduos na faixa etária de 20 a 59 anos.

Na Unidade I, falamos que, nas últimas décadas, o país passou por diversas mudanças: processo de urbanização, que ocorreu uma intensa migração, aumento da expectativa de vida, redução da fecundidade e transformações na composição das famílias. Essas mudanças contribuíram para que a estrutura etária da população brasileira também mudasse.

Hoje temos uma elevação na expectativa de vida com aumento da população adulta, predomínio de doenças crônico-degenerativas como causa de morbidade e mortalidade. Veja nas pirâmides a seguir a distribuição etária da população brasileira comparando 1980 com 2010 (Figura 8).

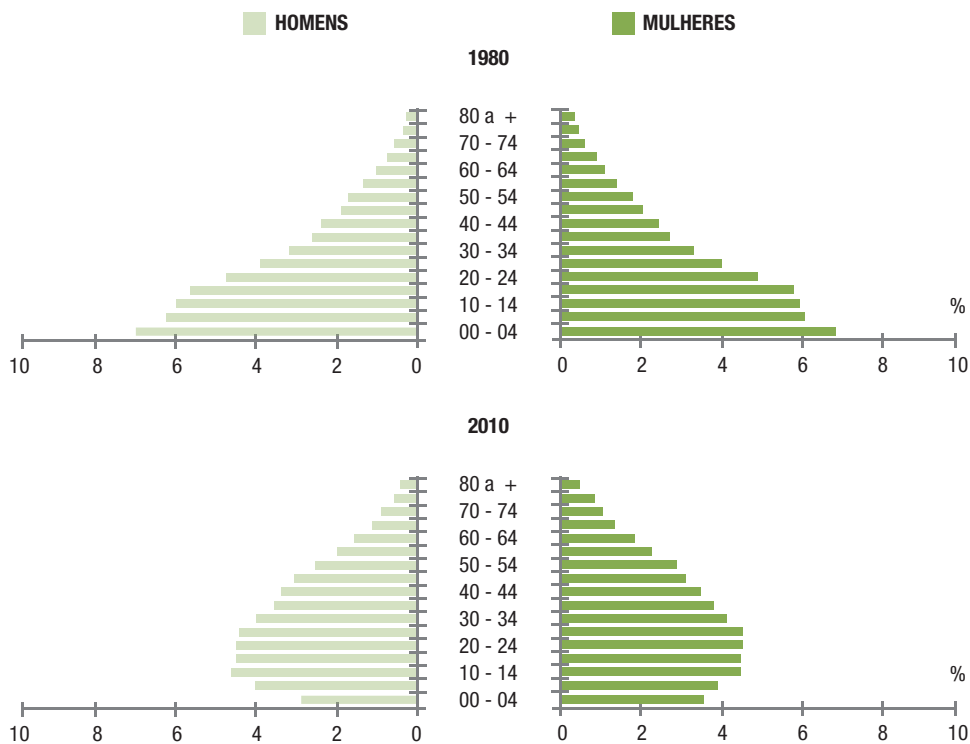


Figura 8: Censo demográfico de 1980 a 2010.

Fonte: IBGE, 2010.

E a população adulta da sua área de abrangência. Como conhecê-la?



Podemos começar utilizando alguns marcadores do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB) para a população adulta. Eles são os seguintes:

a) Cadastro do número de indivíduos masculinos e femininos entre 20 e 59 anos

b) Dados consolidados no Relatório SSA2

Diabéticos cadastrados;

Diabéticos acompanhados;

Hipertensos cadastrados;

Hipertensos acompanhados;

Pessoas com Tuberculose cadastradas;

Pessoas com Tuberculose acompanhadas;

Pessoas com Hanseníase cadastradas;

Pessoas com Hanseníase acompanhadas;

Hospitalizações ocorridas no mês;

Por abuso de álcool;

Por complicações do Diabetes;

Por outras causas;

Internações em hospital psiquiátrico;

Óbitos ocorridos no mês

c) Dados consolidados no Relatório PMA2

Acidente Vascular Cerebral;

Infarto Agudo do Miocárdio;

Fraturas de colo de fêmur em > 50 anos;

Hanseníase com grau de incapacidade II e III.



Ficaram com alguma dúvida? O Manual do SIAB está disponível no seguinte endereço eletrônico:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS Sistema de Informação de Atenção básica. **Manual do sistema de informação de atenção básica**. Brasília, 1998. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ManualSIAB2000.pdf>. Acesso em: 14 jun. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Sistema de Informações sobre mortalidade**. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/catalogo/sim.htm>. Acesso em: 24 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 30 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Morbidade hospitalar no SUS**. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 14 fev. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS **Doenças de notificação compulsória**. Disponível em: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br). Acesso em: 21 fev. 2010.

### 3.2 Inserção do Planejamento Voltado Para a População Adulta no Processo de Trabalho da Equipe de Saúde da Família

Depois de construir com sua equipe de saúde o perfil da população adulta da área de abrangência, deve-se partir para o planejamento das ações.

O melhor momento para se planejar é quando a equipe estiver reunida, assim os diferentes olhares e informações somam-se para contribuir com a construção de ações para a população adulta. O odontólogo, médico, agente de saúde, enfermeiro e auxiliar de enfermagem devem fazer em conjunto o planejamento. O melhor espaço para o planejamento é a reunião de equipe.

Como começar? Os dados citados anteriormente são um primeiro passo para o planejamento das ações. Será que temos muitos hipertensos mal controlados? Muitos diabéticos que internam por complicações? Ou muitos casos de HIV/SIDA?

Essa leitura auxiliará no desenvolvimento de atividades específicas com a finalidade de melhorar tais indicadores. Muitas vezes as ações serão de atividades de assistência, prevenção ou promoção ou ainda ações intersetoriais, como exemplo, a construção de espaço para atividade física no bairro.

Além dos indicadores, temos outro instrumento que pode auxiliar a equipe no planejamento e na programação das ações. A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) é um software para a programação das ações das equipes de Atenção Básica e de Saúde da Família, desenvolvido em software livre pelo Departamento de Atenção Básica do Ministério da Saúde. A referida ferramenta auxilia na organização e na programação das diferentes ações da Equipe de Saúde da Família, inclusive as ações relativas à Saúde do Adulto.



#### Saiba Mais

A Programação para Gestão por Resultados na Atenção Básica (PROGRAB) está disponível no seguinte link:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Disponível em: <[www.saude.gov.br/dab](http://www.saude.gov.br/dab)>. Acesso em: 28 fev. 2010.

### 3.3 Ações da Equipe de Saúde da Família Voltadas Para a População Adulta

Depois de realizar o “diagnóstico” da situação em saúde da população adulta, a equipe de planejar as ações visando à melhora dos indicadores e à qualidade de vida desta população. Com a mudança do perfil epidemiológico da população adulta brasileira hoje predominam as situações crônicas. Assim, as ações destinadas à população adulta devem ser pautadas no: cuidado, trabalho em equipe, conhecimento compartilhado entre profissionais e usuários e estímulo às ações intersetoriais.

Vale lembrar que o comportamento e o estilo de vida dos indivíduos e dos grupos sociais são largamente determinados pelo ambiente físico, socioeconômico e cultural. As intervenções realizadas pela equipe de saúde necessitam levar em consideração os fatores sociais e econômicos, locais e nacionais, que, direta ou indiretamente, determinam ou condicionam o modo de vida dos indivíduos e dos grupos em diversas idades, gênero, ambientes, profissões e culturas.

Sugerimos algumas atividades, mas é importante que elas sejam planejadas por cada equipe conforme as necessidades identificadas no diagnóstico situacional. Além disto, devem-se priorizar aquelas atividades que tem impacto e são de fácil execução pela equipe.

## Atividades de Grupo Para a População adulta

Um grande número da população adulta é portadora de alguma doença crônica. O grupo é uma estratégia de acompanhamento destes usuários. Ele 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 ativos nas mudanças de sua condição de saúde.

Algumas sugestões de grupos destinados à população adulta: Grupos de Promoção à Saúde para portadores de HAS e DM, 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 para melhor aproveitamento do tempo.

Existe uma grande variedade de opções para trabalhar determinado conteúdo nas atividades de grupo, dependendo do objetivo, da faixa etária, do interesse do profissional de saúde, das características da comunidade, da criatividade e da opção metodológica da equipe. Sugerimos a pedagogia problematizadora em que o educador busca construir o conhecimento a partir da realidade do educando, trabalhando com base nos conhecimentos pré-adquiridos. Busca soluções em conjunto, de forma a constituir um educando ativo, crítico, com liberdade para expressar suas percepções e opiniões, numa relação com menos hierarquização. Paulo Freire, que é um educador muito valorizado internacionalmente, é considerado o “pai” da pedagogia problematizadora.

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

É preciso se ter claro que o profissional de saúde está no grupo com um papel definido, 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 será 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 “puxe” o grupo para direções diferentes.

## 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.

## Visita Domiciliar

A visita domiciliar na Atenção Primária à Saúde 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. Ela aproxima a equipe de saúde à família. Através dela, a equipe passa a conhecer melhor as condições de vida e saúde da comunidade, e os recursos de que a família dispõe. 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 atividade de visita domiciliar. 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 (medicina, enfermagem, odontologia...).

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 ULS, abordagem familiar, busca ativa de marcadores do SIAB ou de doenças de notificação compulsória.

Apesar de ser uma ferramenta preciosa do trabalho em APS, a assistência domiciliar traz algumas reflexões acerca da ética deste procedimento: o cuidado deve ser determinado pelo paciente, 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 com 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 do processo de trabalho da ESF.



TEIXEIRA, E. R.; VELOSO, R. C. O grupo em sala de espera: território de práticas e representações em saúde. **Texto e Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 15, n. 2, p. 320-325, abr./jun. 2006.

ZIMERMAN, D. E. et al. **Como trabalhamos com grupos**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você estudou a importância de se conhecer a população adulta da área de abrangência da equipe Saúde da Família. Foram apresentados caminhos para conhecer a população adulta da sua área de abrangência, como o SIAB, e o uso de instrumentos que auxiliam no planejamento, como o PROGRAB. Pode verificar que o planejamento e a execução de ações podem ser desenvolvidos com base nos indicadores de saúde em todas as esferas. Foram sugeridas algumas atividades para serem desenvolvidas com a população adulta como: grupos, visitas domiciliares e sala de espera, visando a um trabalho multiprofissional que possibilite um cuidado de qualidade a esta população. Também o quanto é fundamental avaliar as ações com o objetivo de corrigir problemas ou entender a necessidade de mudanças no processo de trabalho.

## REFERÊNCIAS

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo demográfico de 1980 a 2000**. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/home/default.php>>. Acesso em: 10 mar. 2010.



# PARTE II

MÓDULO 7





# UNIDADE 4

MÓDULO 7

## 4 AS CONDIÇÕES CRÔNICAS DE SAÚDE

A condição crônica de saúde é um importante campo de estudos na área da saúde em função das crescentes necessidades das pessoas que vivem em tal condição. Tem-se avançado nos conhecimentos científicos nessa área e se percebe que a doença crônica, 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), possui algumas semelhanças, especialmente na maneira como afetam a vida das pessoas que passam a viver nessa condição de saúde (PADILHA; SILVA; BORENSTEIN, 2004). Buscaremos aqui mostrar como as mencionadas semelhanças podem ser consideradas no trabalho da equipe de enfermagem de modo que ela consiga ajudar o doente crônico a ter uma qualidade de vida melhor.

Adiantamos que as ações da clínica e do cuidado de enfermagem em relação ao 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 mesclam-se para possibilitar esse processo, os quais devem ser enfatizados para além do diagnóstico e do tratamento das doenças. Logo, essa unidade procurará mostrar qual a postura que a enfermagem pode assumir para empregar ações que considerem todos esses fatores em sua prática.

Diante do fato de o processo saúde-doença ter um cunho social e histórico, é importante que a equipe de saúde compreenda que o usuário sempre existe como parte da sociedade. Ele influencia e é influenciado por ela no cuidado de sua própria saúde, como também na sua concepção sobre ela. Esperamos, através dessa unidade, ofertar-lhe uma boa base conceitual para lidar com todos esses 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.

### 4.1 A Consulta de Enfermagem e o Acompanhamento Domiciliário

A consulta de enfermagem aparece no cenário profissional em 1923, com a criação da Escola Ana Néri e a valorização da enfermeira de Saúde Pública. A enfermeira de Saúde Pública tinha sua atuação definida nos centros de saúde e nos domicílios, onde exercia uma atividade educativa sem precedentes. Era chamada de entrevista pós-clínica, uma vez que se tratava de atividade delegada pela equipe

médica à enfermeira, considerada um complemento à consulta médica (MACIEL; ARAÚJO, 2003).

Atualmente, é uma das formas de direcionar as ações de enfermagem, sendo fundamentada na cientificidade e é por meio dela que se identificam os problemas no processo saúde-doença, aplicam-se medidas que contribuem para a promoção, proteção, recuperação ou reabilitação das pessoas e famílias.

A Lei n. 7498, de 25 de junho de 1986, determina que a consulta de enfermagem seja realizada pela enfermeira, compreendendo que é uma atividade que melhor caracteriza a profissão liberal da categoria (BRASIL, 1986).

A consulta é uma atividade fim da enfermeira (MACIEL; ARAÚJO, 2003). Objetiva solucionar problemas, analisar condições das pessoas, especialmente as portadoras de doenças crônicas, pois acompanha os fatores de risco, promove o autocuidado e estabelece 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).

Já a visita domiciliária é o acompanhamento do usuário feito pela enfermagem na casa deste, no âmbito de sua família, no qual é possível vivenciar o ambiente, desenvolver a visão sistêmica e integral e assim planejar intervenções adequadas ao meio social e cultural de cada um.

Tal visita proporciona a vigilância, a promoção à saúde no domicílio, em uma área geográfica adscrita e dentro dos princípios do SUS. A enfermagem deve priorizar e organizar as visitas conforme 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.



#### Saiba Mais

Também leia 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://www.portalcofen.gov.br/Site/2007/materias.asp?ArticleID=7028&sectionID=34>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

## 4.2 Como Cuidar Melhor dos que Possuem Doença Crônica?

O cuidado com a vida humana revela significados, comportamentos e expressões de acordo com a cultura, momento histórico e social vivido. Assim, há que se problematizar eventos, fatos, transformações que ocorreram com a passagem dos anos e recapturar a noção de que o diálogo entre o profissional, usuário e família é essencial para a incorporação de novas práticas, saberes e tecnologias (MAIA; VAGHETTI, 2008). Tanto o profissional quanto o usuário e a família elaboram suas vidas e projetos que mostram expectativas e atributos espirituais voltados para o bem, dentre eles amor, respeito, altruísmo, cordialidade, disposição para ajudar.

Sem perder de vista que o profissional é o responsável 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 enfermagem 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 cliente e sua família (SOUZA, 2005).

Diante dessas observações, é possível reconhecer que para cuidar de pessoas com doenças crônicas é necessário mais do que conhecimentos sobre os aspectos biomédicos, destacando-se a importância de compreender como a doença crônica afeta a vida das pessoas. Nessa perspectiva, coloca-se como referência uma relação de igualdade entre profissionais da saúde e pessoas que vivem com a doença crônica, na qual ambos, continua e dinamicamente, compartilham o momento vivido.



### Saiba Mais

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 estas doenças geram um custo aproximado de 475 milhões de reais, não incluindo as despesas com procedimentos de alta complexidade?

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

A hipertensão arterial e o Diabetes Mellitus constituem os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, destacando-se como complicações mais frequentes 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 identificados 270 portadores de Diabetes Mellitus, 2758 portadores de Hipertensão Arterial e 831 portadores de Diabetes Mellitus e Hipertensão Arterial (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 destes agravos. Neste sentido, assumiu o compromisso de executar ações em parceria com Estados e Municípios e 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 aos portadores destes agravos através do Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus.

Uma das ações do Ministério da Saúde de acompanhamento e controle da Hipertensão e Diabetes Mellitus foi a disponibilização de um sistema informatizado para o cadastramento de portadores e seu acompanhamento.

Essa ação visa, a médio prazo, estabelecer o perfil epidemiológico desta população e desencadear estratégias de saúde pública com vistas à mudança do quadro atual com a melhoria da qualidade de vida das pessoas portadoras e diminuição do custo social.

### 4.3 Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, Doenças Respiratórias, Lesões Neurológicas

Nos grandes centros urbanos e industriais mundiais, as doenças crônico-degenerativas, especificamente as doenças cardiovasculares (DCV), se tornaram a principal causa de óbito. O fato de tais doenças terem atingido essa posição trouxe consigo graves consequências

socioeconômicas, o que as tornou um problema de saúde pública. Também acarretou uma série de mudanças em toda a assistência direcionada à saúde. A relação entre as DCV e a Hipertensão Arterial é um dos mais importantes fatores de risco para o desenvolvimento das doenças crônico-degenerativas.

Para iniciar o nosso diálogo com relação às patologias de maior incidência na atualidade e que geram condições crônicas de saúde, implicando uma atenção especial da equipe de saúde em geral e da enfermagem em particular, selecionamos a **Hipertensão Arterial, o Diabetes Mellitus, as Doenças Respiratórias e as Lesões Neurológicas**, considerando-as como condições nas quais o indivíduo e sua família percorrem os serviços de saúde desde a atenção básica até o setor terciário para a busca de cuidados.

#### 4.3.1 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, 2006).

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 destas 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, 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 gratuitos, contêm informações que auxiliam na correta implementação do modelo assistencial da atenção básica, valorizando as práticas de saúde.

### 4.3.2 Fatores de Risco Para a Hipertensão Arterial

Alguns fatores de risco necessitam ser investigados e avaliados com maior cuidado a fim de promover atitudes de atenção à saúde com efetividade. Sabe-se, até o momento, que a história familiar, raça, estresse, obesidade, dieta rica em sal e gordura, contraceptivos orais, tabaco, vida sedentária e envelhecimento participam do desencadeamento da HA.

O excesso de peso e, especialmente, a obesidade abdominal, correlacionam-se com a maioria dos fatores de risco cardiovascular, se destacando como fator importante no desenvolvimento 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).

Acronicidade da Hipertensão Arterial 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 e a garantia de acompanhamento sistemático dos indivíduos identificados como portadores destes agravos, 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 o seu controle com mudança da dieta e do estilo de vida associados ao uso de fármacos;
- b) a mudança no estilo de vida, indicada como primeira medida terapêutica, implica resultados positivos, em uma fase inicial do tratamento e para os casos leves;



- c) suas complicações tardias poderão ser acidente cerebrovascular, crises isquêmicas transitórias no cérebro; 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).

### 4.3.3 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-alvo dessa enfermidade e o risco cardiovascular estimado. Existem, com base nestes aspectos, a classificação em três graus distintos, chamado de classificação do risco cardiovascular global individual dos pacientes em função do escore de risco de Framingham e da presença de lesão em órgãos-alvo.



#### Saiba Mais

Esta classificação está disponível nos Cadernos da Atenção Básica FLIMA, F. R. DA C. Hipertensão arterial sistêmica. **Cadernos de Atenção básica**, 14, 2009.

Seguindo tal classificação, você poderá verificar que existem duas abordagens terapêuticas para a Hipertensão Arterial: o tratamento que tem por base mudanças no estilo de vida (MEV): perda de peso, incentivo às atividades físicas, alimentação saudável, dentre outras ações) e o tratamento medicamentoso (TM).

O cuidado domiciliar feito pela equipe de enfermagem deve focar sobretudo a mudança no estilo de vida do hipertenso. A interação

enfermeiro, portador de Hipertensão Arterial e família é o ponto-chave para que o plano terapêutico seja seguido. Pode parecer irracional um plano terapêutico que modifique o estilo de vida, especialmente quando não estão presentes sinais e sintomas ou quando aparecem os efeitos colaterais dos medicamentos. Assim, o enfermeiro deve encorajar permanentemente estas pessoas a manterem o tratamento e estabelecer 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, é recomendado: verificar a calibragem dos manômetros, empregar a técnica adequada e destinar tempo suficiente para esclarecer às pessoas os significados dos valores da pressão arterial.

Procure elaborar um plano de cuidados de enfermagem que favoreça a adesão ao tratamento, a perfusão tissular adequada e a prática de exercícios físicos por parte do usuário com hipertensão.

Estamos até agora falando sobre o diagnóstico de Hipertensão Arterial sem complicações. Sabemos, no entanto, que nem sempre este diagnóstico é feito cedo, geralmente ele acontece quando já existe prejuízo das funções orgânicas, ou seja, quando o órgão-alvo já foi atingindo. Diante disso, a educação para a saúde também se mostra como uma importante ação da Enfermagem, 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 estilo de vida.

Dessa maneira, temos como objetivos da educação em saúde: ajudar as pessoas a descobrirem formas mais saudáveis de viver, mesmo com uma doença crônica; contribuir para a redução da reinternação hospitalar decorrente desta condição crônica 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 ou de convivência. Nestes espaços, é possível compartilhar saberes e experiências, formar redes de suporte social, ampliar criativamente as formas de conviver com a doença crônica, dentre outras (PADILHA, SILVA; BORENSTEIN, 2004).



Para compreender como se decide qual tratamento deve ser indicado para cada tipo de Hipertensão Arterial e de que forma os profissionais da saúde podem, conjuntamente, decidir as ações terapêuticas para seu combate, acesse o site:

IV DIRETRIZES brasileiras de hipertensão arterial. **Arquivo Brasileiro de Cardiologia**, São Paulo, v. 82, Suppl. 4, mar. 2004. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001000004&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0066-782X2004001000004&script=sci_arttext). Acesso em: 15 jun. 2010.

Outra boa fonte de informações sobre Hipertensão Arterial Sistêmica é o site:

[http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has\\_Page520.htm](http://www.manuaisdecardiologia.med.br/has/has_Page520.htm)

#### 4.3.4 Algumas Considerações e Conceitos Sobre Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é um grupo de doenças metabólicas cujo nível elevado de glicose no sangue 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 de Diabetes Mellitus insulino-dependente);
- b) Diabetes do tipo 2 (antigamente denominado de 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 (CORPORATION, 2003).

Geralmente as pessoas portadoras do diabetes tipo 1 relatam sintomas com progressão rápida, enquanto que do tipo 2 relatam história familiar de DM, diabetes gestacional, bebês macrossômicos, dentre outros (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 o estilo de vida atual, caracterizado pelo sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, que predispõe o acúmulo de gordura corporal, constituindo-se em elementos essenciais para a incidência e prevalência desta doença.



### Na Prática

DIABETES na prática clínica. Disponível em: <<http://www.diabetesebook.org.br/modulo/1/>>. Acesso em: 17 fev. 2010.

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

- a) o número de pessoas com DM em termos mundiais, em 1985, era de cerca de 30 milhões, passando para 135 milhões em 1995 e 240 milhões em 2005, com projeção de atingir 366 milhões em 2030, dos quais dois terços habitarão países em desenvolvimento (WILD, 2004);
- b) no Brasil, em fins da década de 80, 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 ocorre em 11% da população igual ou superior a 40 anos, o que representa em torno de 5 milhões e meio de portadores (IBGE, 2010).

No entanto, cerca de 50% das pessoas com DM tipo 2 não sabem que são portadores 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, esta medida é obtida na altura das cristas ilíacas), antecedente familiar de DM (pai ou mãe), colesterol HDL de 35 mg/dL e/ou triglicérides de 150 mg/dL, história de macrossomia 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 profissional.

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), que são uma ameaça à vida e exigem uma 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 responsável pelas causas de mortalidade, doença cardiovascular, falência renal, amputação de membros inferiores e cegueira.

O DM é uma prioridade de saúde pública, cujos fatores de risco, como vimos acima, são o sedentarismo, a obesidade e hábitos alimentares não saudáveis. Suas consequências podem ser muito desastrosas na saúde. Logo, a identificação de pessoas com alto risco para DM, de casos não diagnosticados para tratamento e controle intensivo visando prevenir as complicações agudas e crônicas, deve estar em foco na saúde pública.

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.



### Na Prática

Faça uma pesquisa sobre os estágios do DM e estabeleça um plano de intervenções de enfermagem que possa postergar o diagnóstico médico ou prevenir as complicações.

### 4.3.5 Diagnóstico Clínico e Laboratorial do DM

São quatro os sintomas clássicos de DM: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso, conhecidos como os “4 Ps”. 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 paciente não estão suficientemente elevados para caracterizar o diagnóstico de DM, mas estão acima do ideal, esse paciente faz parte do grupo de pessoas portadores de hiperglicemia intermediária. Tais pessoas apresentam grande risco para o desenvolvimento de DM.

### 4.3.6 Tratamento do DM

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, por esta razão, constituirá um item ao final da discussão sobre DM.

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, equipamentos de proteção, evitar se exercitar em calor ou frio extremos ou períodos de controle metabólico deficiente, inspecionar os pés após o exercício.

O monitoramento dos níveis de glicemia é a pedra 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 a 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 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 e/ou com a falha da terapia nutricional e dos hipoglicemiantes orais.

### 4.3.7 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, são elas: hipoglicemia, cetoacidose diabética (DKA) e a síndrome não cetótica hiperosmolar hiperglicêmica (HHNS, também chamada de coma não-cetônico hiperosmolar hiperglicêmico ou síndrome hiperosmolar hiperglicêmica).

A hipoglicemia, queda da glicemia abaixo de 60 ou 50 mg/dl, acarreta sudorese, tremor, taquicardia, palpitação, incapacidade de concentração, fome, cefaleia, tonteira, confusão, lapsos de memória, dormência nos lábios e língua, fala pastosa, 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 (DKA) 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 nos pacientes portadores da 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 baixos demais para evitar a hiperglicemia, mas suficientemente alta 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 resultar em quedas das mesmas?

As pessoas idosas podem não reconhecer os sintomas de hipoglicemia. Sua ocorrência nessa faixa etária pode ser devido à omissão de refeições em virtude de apetite diminuído ou de limitações funcionais. Mas, independente 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, bem como das moléstias que podem ser agravadas por ela, deve ser o objetivo da equipe de enfermagem. Assim, essa equipe deve evitar a cegueira e a amputação de membros do diabético por meio da identificação e do tratamento precoces da retinopatia e das úlceras de pés. Isso pode significar a diferença entre a hospitalização e a possibilidade de vida autônoma para a pessoa com DM.



A duração de DM por mais de 10 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.



#### Saiba Mais

Acesse o Caderno sobre Diabetes Mellitus visitando o site:

DIABETES Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Disponível em:  
[http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcd16.pdf](http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcd16.pdf)

Conheça a Sociedade Brasileira de Diabetes visitando o site:

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>. Acesso em: 22 fev. 2010.

### 4.3.8 Considerações Gerais Sobre as Doenças Respiratórias

O sistema pulmonar é composto de dois pulmões, vias aéreas condutoras e vasos sanguíneos associados. 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 300 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, faça neste instante uma revisão da anatomia e fisiologia do sistema respiratório.

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) constitui distúrbios pulmonares 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 macrófágica que causam a inflamação da via aérea, aumento da produção de muco, destruição alveolar e fibrose peribronquiolar.

#### 4.3.9. A Asma

A **Asma** é um problema reativo crônico das vias aéreas que pode se apresentar como uma crise aguda. O broncoespasmo, secreção de muco aumentada e 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 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, quais sejam, o 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 1 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 é o melhor para a asma.

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 para 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).

De que forma você pode evitar as crises de asma? Quais as ações de enfermagem são possíveis?

#### 4.3.9 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.

A consequência da inalação de irritantes por um período de tempo prolongado é a resistência nas vias aéreas pequenas e o grave desequilíbrio de V/Q, que diminui a 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 a 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. No caso de a pessoa ser tabagista, deve parar de fumar. Inclui ainda o uso de antibióticos, broncodilatadores, hidratação adequada, fisioterapia respiratória, tratamentos com nebulizadores ultrassônicos, corticosteroides diuréticos e oxigenioterapia.

#### 4.3.10 O Enfisema

O enfisema consiste numa dilatação anormal, 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. A figura 9 apresenta a evolução da bronquite crônica.

Faz parte do tratamento o aconselhamento sobre como evitar o tabagismo e a poluição do ar. Por outro lado, há a necessidade de medicamentos, tais como broncodilatadores, antibióticos, imunizações (gripe e pneumonia pneumocócica), hidratação adequada, fisioterapia respiratória e oxigenioterapia com ajustes baixos para elevar a pressão parcial de oxigênio.

#### 4.4 Promovendo o Cuidado Domiciliar e Comunitário de Pessoas com Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A dispneia constante e a fadiga podem ser fatores que deixem irritado o portador de uma Doença Pulmonar Obstrutiva crônica (DPOC), levando-o ao pânico. Portanto, é necessário que a enfermeira compreenda esta 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.

Para ajudar a pessoa com DPOC, é primordial que se promovam condições para uma vida melhor. É necessário ajudar esta pessoa a preservar a função pulmonar e aliviar os sintomas tanto quanto possível quando estiver em quadro agudo. Em situação de ausência de sinais e sintomas, a ajuda se faz ao propor estratégias que aumentem a tolerância aos exercícios e previnam a perda da função pulmonar.

Você poderá orientar o portador de DPOC a evitar ambientes quentes ou frios em excesso, o calor aumenta as necessidades corporais de oxigênio e o frio tende a provocar broncoespasmo. Caso ele seja fumante, você poderá orientar sobre os efeitos nocivos do fumo e que parar de fumar é condição essencial para a melhora.

## 4.5 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 controlam 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, fato que possibilita o ser humano pensar, agir, sentir de muitas formas diferentes ao mesmo tempo.

Agora você deve fazer uma revisão sobre a fisiologia do sistema nervoso central e periférico. Anote os pontos principais, aqueles que ajudarão você a compreender o funcionamento normal e patológico do Sistema Nervoso. Assim poderemos continuar nosso estudo!

Muitas são as doenças do sistema nervoso, no entanto abordaremos apenas o acidente vascular cerebral.

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

Quanto antes a circulação voltar ao normal após o AVC, melhores serão as chances para a recuperação completa de quem o sofreu de seus efeitos.

Seu tratamento volta-se para a reabilitação física, regimes dietéticos e medicamentoso com o objetivo de diminuir os fatores de risco, auxiliar a pessoa com AVC e seus familiares a se adaptarem aos déficits específicos, como comprometimento da fala e paralisia. A terapia medicamentosa inclui trombolíticos, anticonvulsivantes, laxantes, corticosteroides, anticoagulantes e analgésicos.



## Saiba Mais

Visite os sites do Ministério da Saúde, das Secretarias de Saúde de Santa Catarina e de Florianópolis e acompanhe as iniciativas governamentais.

Seguem os endereços de tais sites:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientação e preservação**: tabagismo.

Disponível em:

<[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1446](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1446)>.

Acesso em: 20 fev. 2010.

FLORIPA livre de cigarro. Sentindo o melhor da vida. Disponível em:

<<http://www.floripasemcigarro.com.br/>>. Acesso: 19 fev. 2010.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Disponível em:

<<http://www.pmf.sc.gov.br/saude/>>. Acesso em: 10 mar. 2010.

## SÍNTESE DA UNIDADE

As doenças crônicas que mais assolam a população de nosso país foram tema de estudo dessa unidade. Vimos, inclusive, que esse posto não é tido por ela só em nosso país, mas no mundo. Tal estudo buscou ressaltar quais são os sintomas e os fatores de risco de tais doenças, bem como seus tratamentos. Estes foram apresentados dando enfoque ao comportamento que a equipe de enfermagem deve ter para possibilitar uma condição de vida melhor aos usuários que são acometidos por elas. Isto é, buscamos deixar claro qual o papel da enfermagem diante dessas doenças; o que, por sua vez, compreendeu a ressaltou que a referida equipe deve realizar ações educativas, as quais visam esclarecer os usuários sobre tais doenças, bem como motivá-los a conter seus efeitos, e prestar um atendimento a eles de forma dialógica.

Conforme você também viu aqui, essas doenças podem diminuir muito a qualidade de vida dos que acometem, seja porque pode levá-los a amputações, a outros comprometimentos físicos ou a alterações psicológicas. Logo, constatou que a equipe de enfermagem, por poder desenvolver atividades que diminuam os efeitos das mencionadas doenças, pode contribuir drasticamente para a qualidade de vida dos seus portadores. Esperamos ter contribuído para lhe auxiliar na promoção da qualidade de vida dos portadores de doenças crônicas.

## 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 nº 7498, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial**, Brasília, DF, 26 jun. 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L7498.htm)>. Acesso em: 24 fev. 2010. BRASIL. Ministério da Saúde. **Normas e manuais técnicos**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, nº 18). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 20 jan. 2010.

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

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 S.A, 2003.

IBGE. **Pesquisa de Orçamentos Familiares**: POF 2002-2003. Disponível em: <[http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia\\_impresao.php?id\\_noticia=278](http://www.ibge.gov.br/home/presidencia/noticias/noticia_impresao.php?id_noticia=278)>. Acesso em: 19 jan. 2010.

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](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000200010)>. Acesso em: 22 Ago. 2009.

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.

NETINNA, 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. 159-78.



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.

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.

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

WILD, S. Global prevalence of diabetes: estimates for the year 2000 and projections for 2030. **Diabetes Care**, v. 27, n. 5, p. 1047-53, 2004.

# UNIDADE 5

MÓDULO 7

## 5 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 forem as condições de vida da população e piores os serviços destinados à sua saúde, daí que são consideradas doenças que atingem gravemente o terceiro mundo. Mas será que esta situação permanece assim?

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

Convidamos você para nessa unidade rever alguns conceitos sobre as doenças transmissíveis e a ver dados atualizados sobre elas, bem como qual deve ser o papel da enfermagem frente a isso. Papel cuja base deve estar sobre os conhecimentos científicos da área e realizar um atendimento humano aos usuários dos serviços de saúde. Mantemos o convite a você, para o que é esse papel, agora diante das doenças transmissíveis. Bom proveito!

### 5.1 Considerações Gerais Sobre Doenças Transmissíveis

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

Estas 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, 2009).



Acesse o site da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (sala de leitura) para conhecer a definição presente no manual “Saúde e Cidadania”, no capítulo que trata da Dinâmica das Doenças infecciosas. Lá você poderá relembrar, por exemplo, alguns termos relacionados à infecção. Consulte o site e tenha claro algumas formas de infecção:

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](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/05_01_02.html)>. Acesso em: 13 mar. 2010.

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. Lembra-se da cadeia do processo infeccioso ou da história natural das doenças? Apesar dos limites destes esquemas interpretativos para abarcar toda a complexidade das doenças como fenômenos humanos e sociais, eles precisam ser considerados em alguns momentos.

Além de considerar a cadeia do processo infeccioso, a equipe de enfermagem 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, 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 estes 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 das doenças infecciosas;
- b) a variedade de formas de manifestação de tais doenças, que muitas vezes fogem de quadros clínicos típicos;
- c) o grande número de doenças que possuem esta característica e a variedade de formas de manifestação, que muitas vezes fogem de quadro clínicos típicos;
- d) a situação epidemiológica das doenças transmissíveis no Brasil e no mundo;
- e) a relação destas doenças com a pobreza e a desigualdade social;
- f) o fato de, apesar das mudanças no perfil e no quadro de tais doenças, este grupo ainda se constitui um dos grandes problemas de saúde pública;
- g) o fato de o impacto destas doenças na saúde das populações depender, em grande parte, de vulnerabilidades socialmente determinadas, como de estratégias e medidas de controle e prevenção.

Quais dos elementos acima você reconhece na sua experiência? Que outros fatores tornam o tema mais complexo na sua realidade? Pense nisso!

Na verdade, cada vez que voltamos a estudar este importante conjunto de doenças, somos levados a uma sequência de ideias, como conceitos que se relacionam e “puxam” por outros. Consulte e sintetize tais conceitos.

Diante da complexidade que envolve as doenças infecciosas, talvez você tenha, em relação a esse grupo de doenças, encontrado:

- a) dificuldade em lembrar de algumas delas;

- b) dificuldade de ter uma idéia mais completa ou exata acerca da sua ocorrência na população da sua área;
- c) dificuldade no reconhecimento do modo como podem ser dinâmica;
- d) dificuldade em entender como este conjunto de doenças pode ter classificado de diversos modos.



### Na Prática

A esta altura você já deve estar pensando em diversas doenças que você conhece, seja por leituras ou por situações de atendimento de indivíduos e grupos. Tente lembrar 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 se devem ao chamado fenômeno “iceberg”. Veja a seguir:

Para classificar este conjunto de doenças dispomos de diferentes critérios. Um exemplo de classificação é analisar as tendências destas doenças em três grandes subgrupos: transmissíveis com tendência descendente, doenças transmissíveis com quadro de persistência 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, demonstrado pelo declínio de sua incidência. Algumas já atingiram a meta de erradicação, como a varíola, a poliomielite ou de eliminação, como o sarampo; para outras espera-se tal resultado nos próximos anos, como a raiva humana transmitida por animais domésticos, a rubéola congênita e o tétano neonatal. Por fim, há aquelas que estão 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, 2010a).

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 lembrar de inúmeras situações que estão envolvidas nas mudanças do perfil (transição demográfica e transição epidemiológica) destas doenças.

Agora podemos aproveitar para tratar alguns exemplos importantes: a Tuberculose e as Hepatites. Vejamos, a seguir, porque elas são tão importantes.

## 5.2 Tuberculose

Segundo a Organização Mundial da Saúde (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010), 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 9 milhões desenvolverão a doença e 2 milhões morrerão a cada ano. Outro fato importante a ser lembrado em relação a referida doença é que este sério problema da saúde pública está profundamente ligado à precariedade das condições de vida, à pobreza e ao estigma social, que prejudica a adesão dos portadores e/ou familiares/contactantes. Além disso, a situação da doença no mundo vem se agravando com o surgimento da epidemia de AIDS, o surgimento de focos de tuberculose multirresistente, bem como complica-se quando se alia as drogadições (especialmente o alcoolismo).

De acordo com dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 50 milhões de pessoas estão infectadas pelo bacilo da tuberculose, entre 85 e 100 mil casos novos são notificados anualmente (incidência de 47/100.000 habitantes) no país (BRASIL, 2010b).

São verificados, em nosso país, cerca de 6 mil óbitos por ano em decorrência da doença. As metas internacionais (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010) e pactuadas pelo governo brasileiro são de efetivo controle da tuberculose no país. Fazem parte destas

metas: descobrir 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. Considerando esses cinco pilares, já fica fácil dimensionar a importância da Atenção Básica e da Estratégia da Saúde da Família para o sucesso de tais metas.



### Na Prática

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://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id\\_area=1498](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1498). Acesso em: 14 jun. 2010.

Vamos lembrar aqui também de alguns tópicos sobre a Tuberculose (Tb). Seguem estes abaixo:

- 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 localizam nos pulmões, ela também pode 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 através 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 3 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 doente 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 6 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), estreptomicina - 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.

### 5.3 Ações de Combate à Tuberculose

Para que se possa chegar à quebra da cadeia de transmissão da TB, são necessárias ações articuladas e diferentes profissionais. Por exemplo, Unidades Básicas de Saúde, (UBS), mesmo que contando com 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, 2008a), a busca de casos de tuberculose deve ser feita pela 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 ou hemoptoico e/ou dor torácica).
- b) pacientes com história de tratamento anterior para tuberculose;
- c) pessoas com contato com casos de tuberculose (pessoas que coabitam com paciente de TB);
- d) populações de risco: pessoas privadas de liberdade, asilos, instituições;
- e) psiquiátricas, abrigos;
- f) portadores de doenças debilitantes (diabetes, neoplasias);
- g) imunodeprimidos por uso de medicamentos;
- h) imunodeprimidos por infecções, como o HIV;
- i) usuários de drogas;
- j) moradores de rua;
- k) trabalhadores da área de saúde.

Ainda de acordo com informações do Ministério da Saúde (BRASIL, 2008a), o tratamento dessa doença infecciosa deve ser descentralizado, realizado na UBS 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 (pode discutir isso junto com o profissional médico).

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

Ninguém pode esclarecer melhor o paciente sobre o tratamento da tuberculose do que as enfermeiras, pois concentram pesquisas qualitativas acerca deste tema, para entender os motivos e enfrentamentos dos pacientes e, assim, desenvolverem melhores formas de cuidado.

**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.

## 5.4 Hepatites Virais

A inflamação das células do fígado (hepatócitos e outros), denominada hepatite, pode ter diversas causas, entre elas a infecção por vírus. 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, 2008b):

- 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 de risco 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 (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, só casos isolados.

A Organização Pan-Americana de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 2010) 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 (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, 2010), 2 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 Amazônica Ocidental (uma das maiores incidências mundiais, por condições ambientais, sociais, culturais e genética 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, 2010c, p. 1).

Você tem informações sobre a existência de casos de hepatite crônica em sua área de abrangência? Aliás, em que situações pode ser considerado que um caso se tornou crônico? Leia com atenção o quadro abaixo para delimitar resposta a essas perguntas.

Do mesmo modo que é importante reconhecer os diferentes tipos de hepatites, cabe 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:

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

## 5.4 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, educação sanitária da população. A exposição ao HAV, vírus da hepatite, pode ocorrer em idades precoces, e as formas subclínicas (anictericas) dificultam o diagnóstico e o tratamento. Para todas as hepatites virais a Educação e prevenção são fundamentais.

Segue abaixo um rol de medidas de prevenção às hepatites:

- a) as hepatites A e B podem ser prevenidas pela utilização da vacina específica contra o vírus da hepatite de tipo A;

- 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 outras DST;
- d) também orientações para os infectados 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.

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 um 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 um 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, politransfúndidos, 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, coletadores de lixo hospitalar e domiciliar, bombeiros, policiais militares, civis e rodoviários envolvidos em atividade de resgate.

O uso de imunoglobulina humana anti-vírus da hepatite B deve ocorrer nas seguintes situações: - recém-nascidos de mães portadoras do HBsAg; - contatos sexuais com portadores 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 enfermagem deve acompanhar pacientes portadores de hepatites virais tal para ajudá-los a replanejar suas rotinas, reconhecendo suas limitações e necessidades, de modo a paciente conseguir repousar, já que essa é uma exigência da própria condição do doente. Esse acompanhamento poderá ser domiciliar, Unidade Básica ou ambulatório, numa periodicidade a ser avaliada, também considerando 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 especialidade). Tal avaliação poderá ajudar a definir o tipo de acompanhamento por parte de cada profissional.

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

## 5.6 O Usuário com Doenças Sexualmente Transmissíveis e aids

As **Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)**<sup>1</sup> são conhecidas desde a antiguidade e estão entre os problemas de saúde pública

<sup>1</sup> 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 de 'DST'.

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 DST, 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: **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, o paciente entra em uma fase de **infecção assintomática**, de duração variável de alguns anos.

A **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 adenomegalia.

As infecções oportunistas surgem ou reativam-se em decorrência da aids, tais como tuberculose, pneumonia por *Pneumocystis Carinii*, Toxoplasmose Cerebral, Candidíase e Meningite por Criptococos, dentre outras. Tumores raros em indivíduos imunocompetentes, como o sarcoma de Kaposi, Linfomas Não-Hodgkin podem surgir, caracterizando a 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.

### 5.6.1 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, visto a inexistência de tratamento que pudesse curar ou ao menos controlar a 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 que esta doença tomou no curso de 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 retrospectivamente 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 categoria de 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, neste período observa-se como categoria de exposição a 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, 2010).

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, SANTA CATARINA, 2007, TEMPORÃO, 2008a, 2008b).

A aids, reconhecida como uma das DST de maior gravidade, chamou a atenção para o problema de saúde pública que representam as DST. Resgatamos como exemplo desta problemática a sífilis, que, apesar de ter seu agente etiológico, patogenia e diagnóstico conhecidos, ter uma terapia eficaz e ser facilmente prevenível, sua prevalência permanece desafiando os serviços de saúde pública ao longo dos anos. Esta preocupação também se estende às demais DST, pois a prevenção e o tratamento destas doenças constituem importante estratégia no controle da epidemia da aids, já que sua ocorrência aumenta tanto a vulnerabilidade de adquirir o vírus do HIV como de 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, quando estabeleceu as primeiras diretrizes e normas para o enfrentamento da epidemia e iniciou as atividades de 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 a epidemia (MARQUES, 2002).

O Sistema Único de Saúde coevoluiu 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. A emergência da epidemia da AIDS 'acelerou' alguns processos nesta política setorial em relação ao SUS como um todo, fazendo com que muitas vezes esta política não fosse percebida como "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 no ano 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, se destinou 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, além da redução da discriminação e estigma associados ao HIV/Aids (MARQUES, 2002, BANCO MUNDIAL, 2000, 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 deste 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 pacientes fossem beneficiados pela referida política (MALISKA, 2005, CHEQUER, 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 nesta região, com a incidência de 100 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 DST 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 assistência e prevenção visando seu controle. Neste contexto, acreditamos que as demais DST foram beneficiadas por estarem incluídas neste programa, sendo abordadas nos programas de prevenção e previstos insumos para assistência, o que conferiu a tais doenças 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 cerca de 1,1% da população brasileira – em torno de 937 mil pessoas – é infectada pela sífilis todos os anos, e que aproximadamente 60 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). A Organização Mundial da Saúde estabeleceu que as DST representam ônus para uma população quando a prevalência das DST curáveis na população em geral se situa em cerca de 5%, a prevalência de sífilis em gestantes é maior ou igual a 1%, e a prevalência das DST curáveis é maior que 10% em certas subpopulações, como profissionais do sexo, jovens, usuários de drogas injetáveis (BRASIL, 2006). São denominadas DST curáveis: sífilis, gonorreia, tricomoníase e clamídia.

No Brasil, as DST que fazem parte da lista nacional de doenças de notificação compulsória compreendem apenas os casos de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), de gestantes HIV positivas, de crianças expostas ao HIV, gestantes com sífilis e de crianças com sífilis congênita. Para as outras DST, 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, 2006). Do mesmo modo, percebemos que, no campo acadêmico, a produção científica relacionada a aids é vasta, nacional e internacionalmente, em diversas áreas do saber. No entanto, em relação à sífilis e demais DST, observa-se produção científica escassa, demonstrando o pouco interesse pela comunidade científica em relação a estas doenças.

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 30 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 antiRetrovirais, as medianas desse período estão entre 3 e 10 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.

## 5.6.2 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 30 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 nº 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, chamado de “coquetel”, se mostram 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, uma redução da mortalidade, uma maior sobrevivência, bem como a uma 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 2 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, com tamanho da carga viral e dosagem de CD4+. Por esse motivo, recomenda-se a leitura do **Recomendações para Terapia Antirretroviral em Crianças Infectadas pelo HIV-2004” e do 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 pacientes. 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 com relação às DST. Conseqüentemente, haverá uma busca mais precoce dos serviços de saúde pelos indivíduos com suspeita de DST e seus parceiros, tornando as UBS porta de entrada para esses pacientes, reduzindo assim a automedicação e a procura da resolução do problema em farmácias.

## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, você revisou alguns conceitos básicos das doenças transmissíveis e viu mais a fundo algumas dessas doenças, no que diz respeito às suas características, diagnósticos e tratamentos. Com certeza, os exemplos podem lhe estimular a rever conteúdos específicos que aparecem como importantes na sua realidade. Entre as doenças vistas aqui mais a fundo estão as DST. Em tal momento, você pôde perceber que assinalamos o fato de que, embora apenas a aids tenha grande visibilidade pública e, inclusive das políticas públicas, outras DST também assolam a população. Como o controle do alastramento das doenças transmissíveis depende de prevenção, a equipe de saúde tem papel fundamental na contenção desse alastramento, já que pode, através de medidas educativas, esclarecer e incentivar a população sobre os cuidados necessários para isso.

Esperamos ter contribuído para ajudar –lhe a realizar essa contenção em seu trabalho.



## Saiba Mais

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/Gestor/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28055](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=28055)>. Acesso em: 12 jan. 2010.

Sobre a AIDS e outras DST. Você poderá encontrar excelentes materiais de pesquisa:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças**. Brasília, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Política do Programa Nacional: Missão do PN. Disponível em:

<<http://www.aids.gov.br/data/Pages/LUMISB9C1F777PTBRIE.htm>>. Acesso em: 11 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. O que é Humanizadas. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=28288](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=28288)>. Acesso em: 18 mar. 2010.

Já recomendações para atendimento e acompanhamento de exposição ocupacional a material biológico: HIV e hepatites B e C, leia:

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br>>. Acesso em: 15 jan. 2010.

## REFERENCIAS

BANCO MUNDIAL. Projeto Brasil: projeto de controle de AIDS e DST III, 2000. Disponível em: <[http://obancomundial.org/index.php?action=/content/view-projeto&cód\\_object=1624](http://obancomundial.org/index.php?action=/content/view-projeto&cód_object=1624)>. Acesso em: 10 jan. 2010.

BARATA, G. A televisão contribuindo para a história das doenças. **Esboços**, Florianópolis, v. 13, n. 16, p. 127-146, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministério. Portaria nº 59, de 28 de janeiro de 2003. A sub-rede de laboratórios do programa nacional de DST e AIDS, no que concerne ao diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, será composta por todos os laboratórios, públicos e conveniados ao SUS, que realizam testes sorológicos para a detecção de anticorpos anti-HIV e de antígenos do HIV, organizados hierarquicamente, de acordo com a esfera de gestão do sus a qual pertencem. Disponível em:

<[http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg\\_norma\\_espeelho\\_consulta.cfm?id=3811346&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo\\_norma=27&numero=59&data=&dataFim=&ano=2003&pag=1](http://portal2.saude.gov.br/saudelegis/leg_norma_espeelho_consulta.cfm?id=3811346&highlight=&bkp=pesqnorma&fonte=0&origem=0&sit=0&assunto=&qtd=10&tipo_norma=27&numero=59&data=&dataFim=&ano=2003&pag=1)>. Acesso em: 10 mar. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **A, B, C, D, E de hepatites para comunicadores**. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. **Manual de controle doenças sexualmente transmissíveis- DST**. 4. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Vigilância em Saúde: dengue, esquistossomose, hanseníase, malária, tracoma e tuberculose. Brasília, 2008 a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 21).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. **Hepatites virais: o Brasil está atento** 3. ed. Brasília, 2008c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Doenças transmissíveis com tendência descendente. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21899](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21899)>. Acesso em: 19 fev. 2010a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Sistema de Informação de Agravos de Notificação. Disponível em: <<http://dtr2004.saude.gov.br/sinanweb/index.php>>. Acesso em: 14 mar. 2010b.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites virais. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/SAUDE/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=21920](http://portal.saude.gov.br/SAUDE/visualizar_texto.cfm?idtxt=21920). Acesso em: 11 mar. 2010c.

CHEQUER, P. AIDS vinte anos: esboço histórico para entender o programa brasileiro. 2005. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/data/Pages/UMISBD1B398DITEMIDCF21498585DB4D9F8F812B75B92305DAPTBRIE.htm>. Acesso em: 12 fev. 2010.

MALISKA, I. C. A. **O itinerário terapêutico de indivíduos portadores de HIV/AIDS**. 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, 2002. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-59702002000400003&script=sci_arttext). Acesso em: 29 mar. 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Disponível em: <http://new.paho.org/bra/>. Acesso em: 17 fev. 2010.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Tuberculose. Disponível em: <http://www.who.int/tb/en/>. Acesso em: 16 jan. 2010.

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

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/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102311X2000000700008](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102311X2000000700008). 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. Disponível em: <http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:GXthBjAZDtKJ:tabnet.datasus.gov.br/cgi/ibd2008/tema.pdf+De+acordo+com+dados+do+DATASUS,+no+ano+de+2007,+a+categoria+de+exposi%C3%A7%C3%A3o+entre+homens+foi+distribu%C3%ADa+em+heterossexual+%2843,7%25%29%3B+seguida+de+homossexual+%2818,3%25%29+e+usu%C3%A1rios+de+drogas+injet%C3%A1veis+%28UDI%29+%287,5%25%29.+J%C3%A1+entre+as+mulheres,+neste+per%C3%ADodo+observa-se+como+categoria+de+exposi%C3%A7%C3%A3o+a+heterossexual+%2893,7%25%29%3B+seguida+de+UDI+%282,8%25%29.+Em+rela%C3%A7%C3%A3o+%C3%A0+pr+opor%C3%A7%C3%A3o+homem/mulher,+os+dados+apresentaram-se>

+como+sendo+1: +1,68+mulheres&hl=pt-BR&gl=br&pid=bl&srcid=ADGEESjf809ktoapKkr20uIP1pPyjOdbYVHOX5hgd4oF3ArkUaC3YYyo-SCy1S6HPbvke6O-t\_ClaLR1gnMmurHNzj1x5jkzePYb0IsME0VilB6gXW3924sBps-uuTzMq4RkAKHW3usA&sig=AHIEtbQfK7NFTvoBw6KiUk8R3gSVa1SVuw>. Acesso em: 10 maio 2010.

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

SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. DIVE, 2007.

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

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

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: Unesp, 2009. Disponível em: <[http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala\\_de\\_leitura/saude\\_e\\_cidadania/ed\\_07/12\\_02.html](http://www.saude.sc.gov.br/gestores/sala_de_leitura/saude_e_cidadania/ed_07/12_02.html)>. Acesso em: 10 mar. 2010.

UNAIDS. **Intensificando a prevenção ao HIV**: documento referencial das políticas de prevenção. 2005. disponível em: [http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc585-prevention%20paper\\_pt.pdf](http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc585-prevention%20paper_pt.pdf). Acesso em 14 jan. 2010.



# UNIDADE 6

MÓDULO 7

## 6 OBESIDADE E TRANSTORNOS ALIMENTARES

A obesidade 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 (co-morbidades). Os dados atuais são preocupantes: o número de obesos no Brasil e no mundo tem aumentado com muita rapidez (OBESIDADE...,2010).

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 considerados obesos estavam 8,9% dos homens e 13,1% das mulheres adultas do país. Define-se assim que os obesos representavam 20% da população masculina e um terço da população feminina brasileira com excesso de peso (IBGE, 2010).

No entanto, há outros transtornos ligados à alimentação que são doenças crônicas. A anorexia e a bulimia são transtornos alimentares que, conforme veremos a seguir, também assolam um grande número de pessoas e estas têm uma qualidade de vida drasticamente comprometida, pois tais doenças envolvem muito o aspecto psicológico de seus portadores.

Diante de todo esse cenário, necessitamos urgentemente aprofundar nossos conhecimentos sobre as doenças que envolvem transtornos alimentares. Necessita-se que a equipe de enfermagem esteja atualizada para conseguir ajudar pessoas com as referidas doenças de uma forma efetiva. Essa unidade busca ofertar conteúdos que lhe auxiliem a ajudar nesse sentido tais pessoas.

### 6.1 Considerações Gerais e Panorama Atual Sobre a Obesidade

De um modo simplificado, podemos definir a obesidade como um acúmulo excessivo de gordura corporal consequente a múltiplos fatores, podendo estes ser de ordem individual, a exemplo da susceptibilidade biológica, bem como ambientais, como padrões dietéticos e sedentarismo, combinados ao 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 (MOREIRA, 2010).

É importante lembrar que a abordagem preventiva e terapêutica da obesidade passa por múltiplas intervenções: na família, passando pela escola, até o consultório médico; 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 seu entendimento como doença seja prejudicado na sociedade em geral e mesmo no meio profissional da saúde quanto à sua determinação, acompanhamento e apoio à população.

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

É comum para a população, por motivos variados como o transtorno provocado em sua rotina diária, que esta retarde o contato médico até que a situação lhe pareça insuportável. Um fator importante que interfira nesta percepção, no que diz respeito à obesidade, é a relação entre a dor e a incapacidade trazidas pela doença, uma vez que o acúmulo de peso possui um desenvolvimento longo e silencioso, longo curso assintomático, curso clínico em geral lento, prolongado e permanente, manifestações clínicas oscilantes. Em muitos casos, não há dor física, porém há sofrimento, dor psicossocial. Já os profissionais da saúde, amarrados 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 (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006), 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 chegado a 2015 serão 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 (2010), 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. É ressaltado ainda que a idade também

influencie no acúmulo de peso. Deste modo, com o avançar da idade, o acúmulo de peso acontece mais rapidamente, enquanto para as mulheres ocorre de modo mais lento, porém mais prolongado. Entre 20 e 44 anos na população masculina, é mais frequente o excesso de peso, sendo invertida a situação com o aumento da faixa etária.

Esta pesquisa também apresenta as diferenças destes percentuais comparando a população urbana com a rural. Os resultados mostram que a população masculina com excesso de peso está definida em 34% nas regiões Norte e Nordeste e entre 44% e 46% nas outras regiões. Tais números se fazem similar nas áreas urbanas. 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, a intensidade se mostra diferente entre o meio rural e o urbano, sendo no meio urbano o excesso de peso mais acentuado. Com exceção da região Nordeste, em que na área urbana o excesso de peso fica em 36,8% contra 39,4% da área rural (IBGE, 2010).

O mundo contemporâneo trouxe junto com a sua evolução alterações em todos os sentidos para o cotidiano das pessoas. Começando pela alimentação, antes baseada em alimentos frescos, dieta vegetariana, rica em fibras, e hoje se mostra farta de alimentos processados, embutidos, de origem animal, que leva a população a ingerir uma quantidade muito grande de calorias e gorduras, excesso de açúcar e sal refinados, aumentando o consumo de energia e favorecendo o aumento da adiposidade (SALVE, 2006, FRANCISCHI et al, 2000).

A OMS destaca a patologia da obesidade como um problema de abrangência mundial pelo fato de um enorme contingente de pessoas ser atingida e também por predispor o organismo a uma série variada de doenças não transmissíveis, especialmente as cardiovasculares e o Diabetes, e a grande chance de levar a pessoa a uma morte prematura, colocando tais pessoas em desvantagem quando avaliadas por indicadores de qualidade de vida. Estes riscos tendem a aumentar juntamente ao ganho de peso (SALVE, 2006). Estudos neste sentido revelam que pessoas obesas têm 2,9 vezes mais de 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 disposição para apresentar níveis sanguíneos de triglicerídeos 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, estes riscos devem ser avaliados levando em conta três pontos importantes combinados ao fato de o peso corporal ser excedente ao

considerado adequado para cada indivíduo: a idade de aparecimento do fenômeno, duração e padrões de oscilações do peso. Além disso, a obesidade se combinada a fatores como tabagismo, alcoolismo, dislipidemia, hipertensão, diabetes (BRASIL, 2006).

Sem contar que 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, independente do IMC (BRASIL, 2006).

Além de outras consequências físicas e fisiológicas sofridas pelo paciente obeso, não se pode ignorar a existência de fragilidades psicológicas e risco aumentado para problemas psiquiátricos. Estas pessoas constantemente sofrem com discriminações no meio social, o que as leva à baixa auto-estima, depressão, isolamento, ansiedade, sentimentos de culpa, desamor, entre outros

## 6.2 Diagnóstico e Tratamento da Obesidade

O Sistema Nacional de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) foi uma proposta inicial do Instituto Nacional de Alimentação e Nutricional, estabelecido em 1990, após promulgação da Lei 8080/1990 e da Portaria 1.156, publicada em 31 de agosto desse mesmo ano (BRASIL, 2004). Faz parte da Política Nacional de Alimentação e Nutrição, a promoção da saúde expondo à comunidade modos de se levar uma vida saudável, com autonomia e controle sobre sua saúde. Ações estas fundamentais para todos os indivíduos em todas as fases de sua vida.

Os valores do peso corporal são um misto de informações dos vários componentes com ossos, músculos, gordura e outros tecidos. Estes sofrem alterações na sua constituição de acordo com a prática de exercícios físicos, a dieta alimentar, seguida do 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 atentamente, uma vez que altos valores de peso corporal podem estar associados a uma massa muscular aumentada, como nos atletas de halterofilismo, ou constar de uma sólida constituição óssea, e não necessariamente uma quantidade adiposa alta. Lembrando que a obesidade denomina-se pelo acúmulo de gordura corporal (GUEDES; GUEDES, 1998).



Inicialmente, para se obter um parâmetro clínico de sobrepeso e obesidade, faz-se uma relação entre o peso e a altura da pessoa. Para isto, usa-se o Índice de Massa Corpórea (IMC), que possui uma fórmula matemática que relaciona o peso medido em quilogramas com a estatura medida em metros, esta última elevada à segunda potência.

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

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

A Organização Mundial da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006) desenvolveu uma tabela que mostra as classificações para o sobrepeso com a intenção de auxiliar na determinação da obesidade junto aos resultados do IMC:

Para a classificação da obesidade de um paciente, este deve passar por uma avaliação íntegra, na qual seja coletado o maior número de informações possível, formando um quadro situacional, e a partir deste construir estratégias para o manejo junto ao mesmo. Tal percurso tem início com a coleta de dados da história clínica da pessoa, com informações de antecedentes familiares e aspectos socioculturais.

A avaliação é seguida de um apanhado direcionado à identificação do padrão alimentar em busca dos possíveis erros que colaborem para que a pessoa engorde. Algumas das estratégias que podem ser usadas nessa avaliação são as realizações:

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

Todas estas estratégias devem ser feitas apenas mediante a cumplicidade do cuidador e o ser cuidado, com discussões sobre o estilo de vida e o que pode e precisa ser mudado nele. Esta conivência entre as partes é que possibilitará tais mudanças e o possível sucesso na operação (SEBOLD et al, 2007).

Aspectos psicológicos também devem ser levados em consideração quando prestamos assistência a um indivíduo obeso, visto que o percentual de casos de obesidade causados por patologias endócrinas ou genéticas definidas é pequeno.

Estudos mostram que a obesidade causada por hiperfagia, em adultos, 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. Mediante a isso, torna-se importante a investigação detalhada destes fatores quando nos propomos a construir conhecimentos que subsidiem a prática de assistência aos mencionados indivíduos (CATANEOL; CARVALHO; GALINDO, 2005).

O indivíduo obeso enfrenta, durante muito tempo de sua vida uma batalha incansável contra o excesso de peso, passando por tipos variados de dietas recomendadas por conhecidos, anunciadas em revistas como sendo a última moda, entre outras coisas que podem levá-lo a situações sérias de risco à sua saúde, não alcançando o objetivo mais importante que é a mudança do seu hábito alimentar. Para atingir sucesso nesta busca o obeso necessita de apoio da família, dos amigos, da sociedade em si, e, não menos importante, de um profissional que o assista.

Deste modo, surgem os grupos de apoio ao obeso, com novas propostas na assistência à dieta destes sujeitos. É um local onde indivíduos que vivenciam situações semelhantes na vida podem compartilhar suas experiências e dificuldades contando com o apoio nutricional e psicológico por estes grupos oferecidos.



Abaixo seguem alguns grupos de apoio ao obeso. Você conhece algum deles?

**Vigilantes do Peso:** fundado por Jean Nidetch no fim dos anos 60 em Nova Iorque, Estados Unidos. O Weight Watchers, tem a intenção de estudar métodos seguros para a perda de peso de modo saudável, conveniente e acessível, revolucionando o conceito de emagrecimento (<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 (<http://www.amigosdopeso.com.br/>).

**Peso Ideal:** este é um curso de instrução alimentar que visa orientar no processo de emagrecimento saudável (<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 (<http://www.nthink.com.br/cca>).

## 6.3 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 critérios diagnósticos dos mesmos 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 (CORDÁSI, 2004).

Dos principais transtornos do comportamento alimentar, a Anorexia Nervosa (AN) foi a primeira a ser descrita já no século XIX e, igualmente, 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. Um terceiro grupo heterogêneo de quadros assemelhados, que não apresentavam sintomas completos nem para o diagnóstico de AN nem para BN, foi classificado como Transtornos Alimentares Atípicos, nos anos 1980.

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

O termo Anorexia, sabidamente, não é o mais adequado do ponto de vista psicopatológico na medida em que 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 (CORDASI, 2004). A seguir, apresentamos o quadro 8, que mostra os critérios diagnosticados para a **anorexia nervosa** segundo o DSM-IV e a CID-10. DSM-IV CID-10, em que os principais eventos ligados a pessoa anoréxica em relação a essa sua condição são apresentados no quadro 9:

- a) perda de peso ou, em crianças, falta de ganho de peso. 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 uma psicopatologia específica de um pavor de engordar.
- d) há um transtorno endócrino generalizado envolvendo o eixo hipotálamico-hipofisário-gonadal. É manifestado em mulheres como amenorreia 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 8: Critérios diagnosticados para a anorexia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10. DSM-IV CID-10.  
Fonte:

Se o início da anorexia é pré-puberal, a sequência de eventos da puberdade é demorada ou mesmo detida (o crescimento cessa; nas garotas, as mamas não se desenvolvem e há uma amenorreia primária; nos garotos, os genitais permanecem juvenis). Com a recuperação, a puberdade é com frequência completada normalmente, porém a menarca é tardia; os seguintes aspectos corroboram o diagnóstico,

mas não são elementos essenciais: vômitos autoinduzidos, purgação autoinduzida, exercícios excessivos e uso de anorexígenos e/ou diuréticos.

Abaixo seguem alguns exemplos de comportamento que anorexos empregam em seu cotidiano em virtude de terem essa doença:

- a) 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;
- b) medo intenso do ganho de peso ou de se tornar gordo, mesmo com peso inferior;
- c) 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;
- d) no que diz respeito especificamente às mulheres, a ausência de pelo menos três ciclos menstruais consecutivos, quando é esperado ocorrer o contrário (**amenorreia**<sup>2</sup> primária ou secundária).

<sup>2</sup> Considera-se que uma mulher tem amenorreia se os seus períodos menstruais ocorrem somente após o uso de hormônios; por exemplo, estrógeno administrado.

## 6.4 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 o paciente a métodos compensatórios inadequados para o controle de peso como vômitos autoinduzidos, uso de medicamentos (diuréticos, inibidores de apetite, laxantes), dietas e exercícios físicos. O termo Bulimia Nervosa foi dado por Russell (1979) e vem da união dos termos gregos bouli (boi) ou bou (grande quantidade) com lemos (fome), ou seja, uma fome muito intensa ou suficiente para devorar um boi (CORDÁSI, 2004). Ver quadro 9:

- 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 quê 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 bulímicos 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 9: Critérios diagnósticos para bulimia nervosa segundo o DSM-IV e a CID-10. DSM-IV CID-10.

Fonte:

## 6.5 A Reabilitação Nutricional na Anorexia e na Bulimia

A reabilitação nutricional na anorexia se propõe a alcançar uma dieta balanceada e suficiente para atender as necessidades do paciente e recuperar o estado nutricional debilitado pela doença. Existe a necessidade de uma alta ingestão calórica para a recuperação de peso, pois a taxa de metabolismo basal se encontra alterada – sabe-se que pacientes com anorexia nervosa do tipo restritivo necessitam de mais calorias do que os do subtipo bulímico. Cada programa de tratamento deve individualizar seu próprio protocolo para a pesagem das pacientes num programa de internação ou ambulatorio. Este protocolo deve incluir quem deve se pesar, quando a pesagem ocorre e se o paciente deve ou não saber seu peso (ALVARENGA; LARINO, 2002).

De acordo com a Associação Americana de Dietética (AMERICAN DIETETIC ASSOCIATION, 2001), o individuo deve ter a oportunidade de discutir sua reação com relação ao peso quando é visto pelo nutricionista.

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

Um dos maiores medos dos pacientes é não parar de ganhar peso. Os nutricionistas têm o papel de ajudar o paciente a alcançar um peso saudável aceitável e a mantê-lo com o passar do tempo. A reabilitação deve ser focada em fazer o paciente consumir uma dieta variada e apropriada para manter seu peso e composição corporal.

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.

As metas de tratamento nutricional para o paciente de enfermaria são as mesmas do ambulatório; possuem apenas maior intensidade. O plano nutricional deve ajudar o paciente, o mais rápido possível, a consumir uma dieta que seja adequada em energia e nutricionalmente balanceada. O nutricionista deve monitorar a ingestão dietética, assim como a composição corporal para assegurar um ganho de peso apropriado.

Já na **reabilitação e no aconselhamento nutricional na bulimia nervosa**, o primeiro passo para esse processo é entender o comportamento bulímico e suas alterações em relação ao comportamento normal.

O comportamento bulímico alterna períodos de restrição e compensação, dependendo de uma série de fatores, incluindo a oportunidade de purgação, o tipo de alimento disponível e o humor.

Para a identificação e o tratamento dos pacientes com distúrbios alimentares, o comportamento alimentar deve ser caracterizado e avaliado para que se efetue uma mudança nesse sentido. Um conhecimento em profundidade do comportamento alimentar possibilita o planejamento da intervenção nutricional necessária para melhorar a qualidade da dieta desses pacientes. As atitudes relacionadas ao alimento são bons preditores da ingestão alimentar (CORDÁSI, 2004).



Utilize as seguintes referências para sustentar a sua avaliação e para basear e determinar suas práticas em relação aos comportamentos alimentares dos indivíduos:

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>>. Acesso : 10 ago. 2010.

FRANCISCHI, R. P.; PRADO de et al. Obesidade: atualização sobre sua etiologia, morbidade e tratamento. **Revista de Nutrição, Campinas**, v. 13, n. 1, jan/abril, 2000. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-52732000000100003&tlng=en&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-52732000000100003&tlng=en&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 14 dez. 2009.

SEBOLD, L. F et al. **PROENF: saúde do adulto**. 2. ed. Florianópolis, 2007. GARRIDO JUNIOR, A. B. Cirurgia em obesos mórbidos: experiência pessoal. **Arquivo Brasileiro de Endocrinologia Metabólica**, v. 44, n. 1, p.106-110, fev. 2000.

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](http://nutricao.saude.gov.br/docs/geral/guia_alimentar_capa.pdf)>. Acesso em: 2 jan. 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política nacional de alimentação e nutrição**. (Série B. Textos Básicos de Saúde). Disponível em: <<http://www.saude.gov.br/bvs>>. Acesso em: 12 out. 2009.



## SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta unidade, vimos números atuais sobre a Obesidade no mundo e, especificamente, em nosso país, bem como as características dessa doença e da Anorexia e Bulimia Nervosas. Conhecemos as características que apresentam as pessoas obesas, as bulímicas e as anorexias. Portanto, vimos também variáveis que as levam a desenvolverem as referidas doenças. E diante da constatação de o número dessas variáveis ser grande e de elas serem muito complexas, envolverem, inclusive, problemas psicológicos, vimos que se faz necessário um amplo trabalho em conjunto com os profissionais de saúde que as atendem. Esperamos ter ofertado subsídios para a identificação e tratamento de usuários que possuem tais doenças. Podemos perceber que ofertamos tais subsídios buscando delinear como as equipes de saúde podem trabalhar de forma integrada para efetivamente ajudar essas pessoas a reestabelecerem sua saúde.

## CARO(A) ESPECIALIZANDO(A)

Neste módulo, buscamos contribuir com a formação profissional da equipe de enfermagem para o atendimento à saúde do adulto. Fez parte dessa empreitada a indicação de que o referido atendimento deve ser humanizado; o que, por sua vez, compreendeu a apresentação e a análise do modo com que paciente lida com a doença é sempre algo construído socialmente.

Através da apresentação de dados estatísticos, características e tratamentos dessas doenças, também esperamos ter ajudado a munir o profissional da enfermagem com procedimentos práticos e teóricos de modo que consiga ajudar a melhorar a qualidade de vida dos que são por elas assolados. Também esperamos, mesmo correndo o risco de sermos muito pretensiosas, tê-los motivado a aprofundar esses estudos e a realizar tal ajuda ainda com mais afinco.

## REFERÊNCIAS

ALVARENGA, M.; LARINO, M. A. Terapia nutricional na anorexia e bulimia nervosas. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, Supl III, p. 39-43, 2002.

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. 810-9, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Obesidade** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. - Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

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 da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 3, p. 306-11, 2003.

CATANEOL, C. et al. Obesidade e aspectos psicológicos: maturidade emocional, auto-conceito, locus de controle e ansiedade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 18, n. 1, p. 39-46, 2005.

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

MOREIRA, C. **Definição da obesidade**, 2008 Disponível em: <<http://www.obesidade.info/obesidade.htm>>. Acesso em: 19 nov 2008.

NAHAS, M. V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida**. 4. ed. Londrina: MIDIOGRAF, 2006.

OBESIDADE mórbida: uma doença que leva à morte. <<http://paulinhodosom.com.br/index.php>>. Acesso em: 15 jun. 2010.

ORGANA, C.; RAMALHO, I. V.; NEGRÃO, A. B. Etiologia dos transtornos alimentares: aspectos biológicos, psicológicos e sócio-culturais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 24, Supl. III, p. 18-23, 2002.

SARNO, F. e 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.

SALVE, M. G. C. Estudo sobre peso corporal e obesidade. Revista Digital Buenos Aires, ano 10, n. 89, out. 2005.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Obesity and overweight**. 2006. (Fact Sheet, n. 311). Disponível em: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/es/index.html>. Acesso em: 12 out. 2009.

## 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.

### 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. Atua principalmente nos seguintes temas: Atenção Primária à Saúde, Medicina de Família e Comunidade.

### 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 associada da Universidade Federal de Santa Catarina (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.

## **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 Nursing Inquiry/Canadá. Pós-Doutora em História da Enfermagem pela Lawrence Bloomberg Faculty of Nursing at University of Toronto. Pesquisadora do CNPq -1D.

## **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 é sub- coordenadora do curso de graduação em enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e professor adjunto II da Universidade Federal de Santa Catarina. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Perioperatoria, atuando principalmente nos seguintes temas: cuidados de enfermagem, processo comunicacional, qualidade de vida no neurotrauma e fundamentos da segurança do paciente.

# UNIDADE COMPLEMENTAR

MÓDULO 7

## 7 SAÚDE DO TRABALHADOR

Ao longo dos estudos que estamos desenvolvendo, 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 deste processo. Ou seja, consideramos que grande parte dos adultos é ou já foi trabalhadora, independente das formas como este 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 esta 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 macro contexto político e econômico.

Tão importante é esse reconhecimento da transversalidade do trabalho para a vida e a saúde que a “Saúde do Trabalhador” torna-se um campo das políticas públicas e faz parte do direito universal à saúde. Neste conteúdo vamos levantar questões importantes para orientar um melhor entendimento sobre este campo.

### 7.1 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 doenças relacionadas ao

trabalho, mediante a execução de ações de promoção, reabilitação e vigilância na área de saúde.



### Saiba Mais

Você pode buscar diretamente no site a seguir, o que é a Saúde do Trabalhador:

SAUDE do trabalhador. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1146](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146). Acesso em 14 jun. 2010.

A Portaria 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 e/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).





## Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças relacionadas ao trabalho:** manual de procedimentos para os serviços de saúde. Brasília, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114).

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:

- I Ampliação das ações, visando a inclusão de todos os trabalhadores brasileiros no sistema de promoção e proteção da saúde;
- II Harmonização das normas e articulação das ações de promoção, proteção e reparação da saúde do trabalhador;
- III Precedência das ações de prevenção sobre as de reparação;
- IV Estruturação de Rede Integrada de Informações em Saúde do Trabalhador;
- V 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;
- VI 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 nº 800 de 03/05/05).

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 às 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:

- a) **Estratégia da RENAST (Port. GM/MS 2.437/05):** Em 2002 eram 17 CEREST 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.



#### Saiba Mais

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.437/GM de 7/12/2005.  
Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>. Acesso em: 14 jun. 2010.

Como você já pode perceber a Política nesta área é ainda jovem 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 a 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), os homens utilizam menos que as mulheres os serviços de atenção básica de saúde e recorrem menos as consultas médicas, embora procurem com maior frequência emergências e pronto-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 **Nexo Técnico Epidemiológico**, que nada mais é do que o uso da epidemiologia (por meio de estudos de coorte) 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 CEREST 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 da busca pelo serviço, ou quando não ocorre esta busca?

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

Pela Portaria nº 1339/GM, de 18/11/1999, 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. Esta Lista é composta pela relação de agentes ou

fatores de risco de natureza ocupacional (como chumbo, mercúrio, radiações ionizantes, ruídos, microorganismos, entre 27 agentes) com as respectivas doenças que podem estar com eles relacionadas. O conjunto de doenças do CID 10 (doenças relacionadas ao trabalho) é bem extenso e é dividido em diferentes grupos (BRASIL, 2010).

Começamos falando da complexidade de determinações que incidem sobre a saúde do trabalhador, uma vez que estas 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. As ações de saúde do trabalhador se voltam para a atuação multiprofissional, interdisciplinar e intersetorial com vistas a gerar mudanças nos processos de trabalho (BRASIL, 2001).

Em 2006 os Acidentes de Trabalho provocaram enorme impacto social, econômico e sobre a saúde pública no Brasil:

- a) 503.890 acidentes registrados;
- b) 26.645 doenças do trabalho;
- c) 2.717 óbitos;
- d) 8.383 casos de incapacidade permanente;
- e) 440.124 casos de incapacidade temporária (303.902 até 15 dias e 136.222 com mais de 15 dias);
- f) 1 morte a cada 3h;
- g) 14 acidentes a cada 15 minutos.

O Custo Brasil, em 2005 foi de R\$ 39,32 bilhões. Em 2007 foram gastos R\$ 10,61 bilhões/ano: 5,075 em benefícios acidentários e 5,7 em aposentadoria especial, somando 4% do PIB nacional.

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 a saúde ocupacional desenvolvida em empresas e ambulatórios. Estas 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.

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 o papel do trabalho na determinação destas doenças? Difícil saber? Mais difícil negar!

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 deste 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, se situam 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 porque os trabalhadores adoecem, mas, infelizmente, estes estudos são desenvolvidos pelo campo de conhecimento de saúde do trabalhador e ainda não conseguiu modificar significativamente o modo como são diagnosticados estes agravos.

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

Entre as doenças mais comuns relacionadas ao trabalho dos profissionais de saúde estão: a) LER/DORT (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).

As cargas específicas do trabalho da enfermagem já estão sendo identificadas nas últimas duas décadas. Apesar de uma maior atenção que vem sendo dada a problemática, ainda não foram desenvolvidas intervenções adequadas em relação a tal problemática. Senão, vejamos o que revelou estudo feito há quase 20 anos (GELBCKE, 1991), em hospital-escola. Destacaram-se: cargas físicas (irradiações); cargas biológicas (material biológico e contato portadores de doenças infecto-contagiosas), cargas químicas (quimioterápicos e antibióticos), cargas mecânicas (instrumentos de corte), cargas fisiológicas (esforço físico, posições incômodas e forçadas) e 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 da 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 8 milhões de trabalhadores de saúde, anualmente, são vítimas de acidentes com material perfuro-cortante. Um estudo de Brandão (2000) citado por Felli et al. (2007), realizado em 16.922 acidentes de trabalho, documentados pelo National Surveillance System for Hospital Health Care Workers (NaSH), no período de 1995 a 2001, 44% ocorreu 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 ocorridos entre os servidores da Prefeitura Municipal de Curitiba (PMC) no ano de 2004, os servidores da saúde foram responsáveis por 26% do total enquanto correspondiam a apenas 19% do total de servidores. As psicopatologias (Transtornos Mentais ou Comportamentais - CID F) tiveram maior incidência (19,9%), seguidas pelos problemas osteomusculares (13,26%). 10% do total de servidores da Secretaria já tinha sido afastado por psicopatologias (D'ÁVILA; KUSTER; GIOVANETTI, 2005).

Talvez seja fácil de determinar a causa das cargas emocionais e psicológicas sobre o trabalhador da saúde, pois convivem com situações de sofrimento e fragilidades humanas, vulnerabilidades sociais e os próprios limites ao enfrentar tais situações. Além disso, há a exposição permanente ao risco de contágio e de acidentes e, especialmente no caso da Enfermagem, precariedade de condições de trabalho e inadequadas formas de organizá-lo, aumentando ainda mais este impacto e as tensões vividas no dia a dia. E, ainda, não vamos esquecer o sofrimento gerado por relações de trabalho que

chegam aos maus tratos, ao abuso e a desvalorização do trabalhador, ou seja, diferentes formas de violência podem estar, de modo menos visível, implicadas na saúde deste trabalhador.



### Saiba Mais

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 maiores informações, no site: BRASIL. Ministério da Saúde. **Lista de doenças relacionadas com o trabalho do Ministério da Saúde**. Brasília. Disponível em: [http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1146](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1146).

Acesso em: 14 jun. 2010.

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). Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ler\\_dort.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/ler_dort.pdf)

## SÍNTESE DA UNIDADE

Ao final deste conteúdo, você deve ter sido capaz de retomar importantes elementos da Política Nacional de Saúde do Trabalhador e de alguns dos desafios existentes para sua efetivação. A articulação dos recursos hoje existentes, com ativa participação dos serviços de atenção básica, é fundamental para o sucesso dessa política. Isto depende da capacitação de toda a equipe e da atenção do enfermeiro(a) para a importância de seu papel junto aos usuários trabalhadores e aos próprios trabalhadores da sua unidade.

## 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, 2001. 580 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; n.114).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Anamnese ocupacional**: manual de preenchimento da Ficha Resumo de Atendimento Ambulatorial em Saúde do Trabalhador (FIRAASST). Brasília, 2006. 52 p.

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, 2007. 641 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde).

BRASIL. Portaria nº. 1.125/GM, de 6 de julho de 2005. Dispõe sobre os propósitos da política de saúde do trabalhador para o SUS. Disponível em: <http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-2437.htm>. Acesso em: 14 jun. 2010.

D'ÁVILA, M. de L. S. I.; KUSTER, M. de F. C.; GIOVANNETTI, M. de O. **Quando a saúde adocece**: situação de saúde mental dos servidores da Secretaria da Saúde do município de Curitiba. 2005. 79 f. Trabalho de Conclusão (Especialização em Saúde do Trabalhador) - FEPAR, 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, JG, FELLI, VE. **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. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)–Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Rio de Janeiro, 1991.

GELBCKE, F. L. **Interfaces dos aspectos estruturais, organizacionais e relacionais do trabalho da enfermagem e o desgaste do trabalhador**. 2002. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.

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



## CARO(A) ESPECIALIZANDO(A)

Neste módulo, buscamos contribuir com a formação profissional da equipe de enfermagem para o atendimento à saúde do adulto. Fez parte dessa empreitada a indicação de que o referido atendimento deve ser humanizado; o que, por sua vez, compreendeu a apresentação e a análise do modo do paciente lidar com a doença o que é sempre algo construído socialmente.

Através da apresentação de dados estatísticos, características e tratamentos dessas doenças, também esperamos ter ajudado a munir o profissional da enfermagem com procedimentos práticos e teóricos de modo que consiga ajudar a melhorar a qualidade de vida dos que são por elas assolados. Também esperamos, mesmo correndo o risco de sermos muito pretensiosos, tê-los motivado a aprofundar esses estudos e a realizar tal ajuda ainda com mais afinco.

Este módulo está dividido em duas partes. A primeira apresenta ao especializando uma visão das atividades interdisciplinares que envolvem os indicadores de morbi-mortalidade nacionais e estaduais em saúde do adulto; os Programas, Políticas e Pactos relacionados à saúde do adulto no Brasil; e o papel dos membros da equipe de Saúde da Família no planejamento e execução de ações e na avaliação de riscos em saúde do adulto. A segunda parte oportuniza a leitura de conteúdos específicos de cada área profissional, suficientes para que o especializando trabalhe de forma mais resolutiva, e com a prestação da assistência à saúde de maior qualidade. No entanto, é imperioso que o especializando não se esqueça que uma parte do sucesso de seu trabalho depende em muito da participação dos demais membros da equipe de saúde. Só desta forma se pode concretizar uma atenção à saúde na lógica da Estratégia Saúde da Família.

Ministério  
da Saúde



Secretaria de Estado da Saúde  
Santa Catarina