

SAÚDE DO ADULTO: MEDICINA

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

Sheila Rubia Lindner

Rodrigo Moretti

Juliana Regina Destro

AUTORES

Calvino Reibnitz Júnior, Dr.

Fernanda Lazzari Freitas, Esp.

Flávia Regina Souza Ramos, Dr.^a

Lúcio José Botelho, Msc.

ORGANIZADORES

Heitor Tognoli, MSc.

Calvino Reibnitz Júnior, Dr.

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, Dr.^a

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

SAÚDE DO ADULTO: MEDICINA

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

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: medicina [Recurso eletrônico] / Universidade Federal de Santa Catarina, Heitor Tognoli... [et al]. – Florianópolis, 2010.

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

Modo de acesso: www.unasus.ufsc.br

Conteúdo: Parte I. Ações integradas na saúde do adulto - 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 – Parte II. Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do adulto: o trabalho do médico de família e comunidade - doenças crônicas: HAS, DM, t 2, prevenção de eventos cardíacos isquêmicos e doença pulmonar obstrutiva crônica – Saúde do Trabalhador.

ISBN: 000-00-0000-000-0

1. Saúde do adulto. 2. Medicina. 3. Atenção básica. 4. Doenças Crônicas. I. UFSC. II. Reibinitz Júnior, Calvino. III. Título. IV. Série.

CDU: 613.97

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

Coordenadora de Produção Giovana Schuelter

Design Instrucional Marcia Melo Bortolato

Revisão Textual Heloisa Pereira Hübbe de Miranda

Design Gráfico Natália de Gouvêa Silva

Ilustrações Aurino Manoel dos Santos Neto, Rafaella Volkman Paschoal

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

Projeto Editorial André Rodrigues da Silva, Felipe Augusto Franke, Rafaella Volkman 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 Infecciosas.....	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		55

PARTE II - AÇÕES ESPECÍFICAS - MEDICINA

UNIDADE 4	AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS DA SAÚDE DO ADULTO: O TRABALHO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE	59
4.1	Desenvolvendo Habilidade de Comunicação Com o Paciente (Relação Médico-Paciente)	59
4.2	Rastreamento em Atenção Primária à Saúde	63
REFERÊNCIAS	67
UNIDADE 5	DOENÇAS CRÔNICAS: HAS, DM-2, PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDÍACOS ISQUÊMICOS, DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA E DOENÇAS OSTEOMUSCULARES	69
5.1	Hipertensão Arterial Sistêmica.....	69
5.1.1	Algumas Considerações e Conceitos Sobre Hipertensão Arterial.....	69
5.1.2	Fatores de Risco Para a Hipertensão Arterial.....	70
5.1.3	Tratamento da Hipertensão Arterial.....	71
5.1.4	O usuário Hipertenso: Abordagem Clínica	73
5.1.5	Chaves na Abordagem da Pessoa com Hipertensão Arterial	75
5.2	Diabetes <i>Mellitus</i> Tipo II	77
5.2.1	Algumas Considerações e Conceitos Sobre Diabetes Mellitus	77
5.2.2	Diagnóstico Clínico e Laboratorial do DM.....	79
5.2.3	Tratamento do DM	80
5.2.4	Complicações do Diabetes Mellitus	81
5.2.5	Chaves na Abordagem da Pessoa com <i>Diabetes Mellitus</i> tipo II	84
5.3	Prevenção de Evento Cardíacos Isquêmicos	87
5.3.1	Indicadores de Alto Risco	88
5.3.2	Indicadores Intermediários de Risco	88
5.4	Doenças Respiratórias	90
5.4.1	Considerações Gerais	90
5.4.2	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica	91
5.5	Doenças osteomusculares.....	96
5.5.1	Lombalgia	96
5.5.2	Osteoartrose	99
REFERÊNCIAS	103

UNIDADE 6	DOENÇAS INFECTO-CONTAGIOSAS:	
	TUBERCULOSE, PNEUMONIA E AIDS	105
6.1	Considerações Gerais Sobre Doenças Transmissíveis	105
6.2	Tuberculose.....	109
6.3	Abordagem Clínica	114
6.4	Pneumonia Comunitária no Adulto.....	117
6.5	Hepatites Virais	119
6.6	O Usuário com Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS.....	124
REFERÊNCIAS	142

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 programas, políticas e pactos 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.

Nesta Unidade, vamos conversar acerca dos aspectos clínicos da atenção à população adulta. Como decidir que ferramentas diagnósticas utilizar? Ou quais exames de rastreamento são indicados para a população adulta? Deparamo-nos com tais questões no cotidiano do trabalho em Atenção Primária à Saúde.

É necessário o conhecimento sobre o manejo dos principais agravos relacionados à saúde do adulto e o uso da evidência científica para que, em conjunto com as ações de promoção e prevenção, se faça a atenção integral desta população.

Além disto, falaremos da importância de desenvolver habilidades de comunicação com o paciente. A escuta qualificada e centrada nas necessidades do paciente.

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 médico 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.

Carga horária

45 horas

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 2: Programas, políticas e pactos 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: Ações da clínica e do cuidado nos principais agravos da saúde do adulto: O trabalho do Médico de Família e Comunidade.

Unidade 5: Doenças crônicas: HAS, DM T2, prevenção de eventos cardíacos isquêmicos, doença pulmonar obstrutiva crônica e doenças osteomusculares

Unidade 6: Doenças transmissíveis: tuberculose, pneumonia, hepatites virais, doenças sexualmente transmissíveis e aids.

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, e 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 segunda parte, específica da Medicina, trata das ações da clínica e do cuidado que o médico da atenção básica deve levar em consideração quando presta assistência à saúde bucal dos usuários de uma Unidade Básica de Saúde.

Lembre-se de que mesmo na clínica, ao atender o paciente de forma individualizada, o médico não pode prescindir do trabalho com outros profissionais da Equipe de Saúde da Família, uma vez que muito do estado físico e da conduta do paciente é dependente das orientações e do tratamento executados como também pelo dentista e pelo enfermeiro. Por isso, faça uma leitura atenta, e debata com seus colegas de curso e de trabalho o conteúdo aprendido.

Desejamos-lhe um ótimo proveito desse material!

Bons Estudos!

Calvino Reibnitz Júnior, Dr.
Fernanda Lazzari Freitas, Esp.
Flávia Regina Souza Ramos, Dra
Lúcio José Botelho, Msc.

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 de um sistema de 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>. 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 sua 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>. 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>. 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 precípua 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>. 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, dificilmente são passíveis de prevenção. 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 atendimento? 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>. 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

Esta unidade ajudará você a articular algumas proposições em torno da saúde do adulto que estão dispostas em programas, políticas e pactuações que, de maneira diferenciada, são definidoras das ações públicas e da oferta de serviços para esta população.

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.



Saiba Mais

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pacto pela saúde: SISPACKTO**. 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.

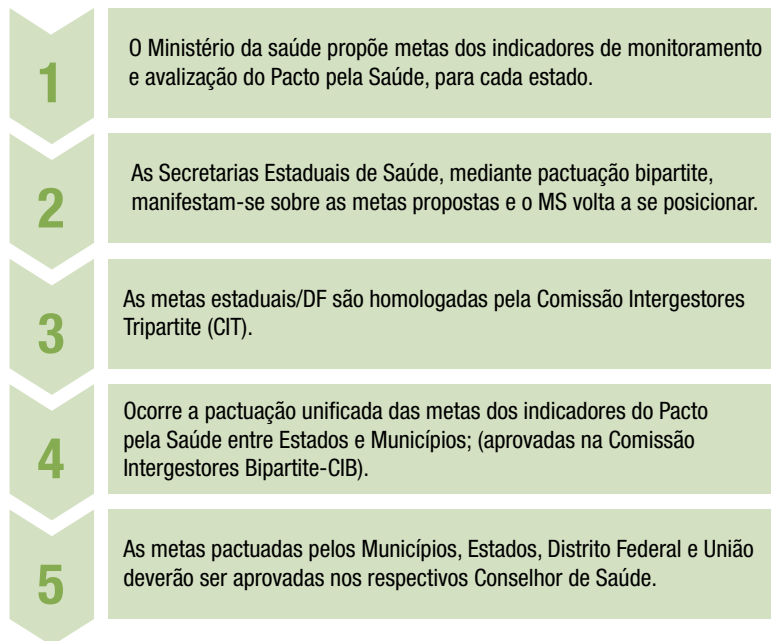


Figura 4: Fluxo do Pacto pela Saúde

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.

Formula de Cálculo PARA Proporção de Casos de Hepatites B e C confirmados por Sorologia: Número de casos de hepatite B + hepatite C + Hepatite B e C confirmados por sorologia reagente residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período / Número de casos de hepatite B + hepatite C + hepatite B e C, residentes em determinado local e diagnosticados em determinado período.

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 essa 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

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>. 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>. 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>. 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 2000 (Figura 8).

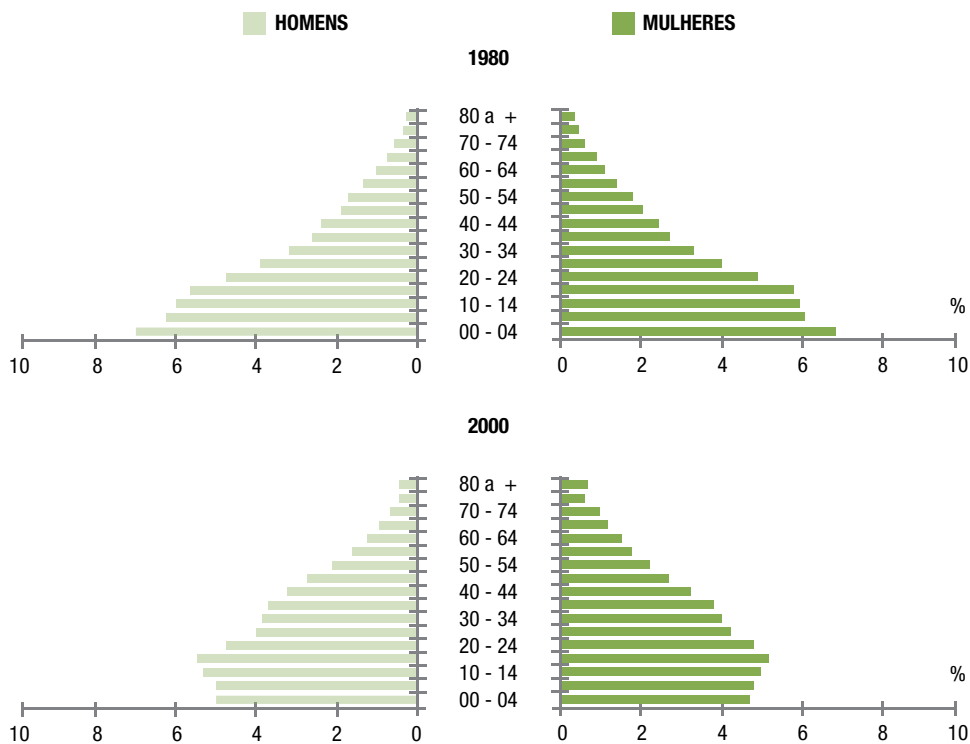


Figura 8: Censo demográfico de 1980 a 2000

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. Acesso em: 30 jan. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS. **Morbidade hospitalar no SUS**. Disponível em: 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. 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>. 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.



Saiba Mais

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 AÇÕES DA CLÍNICA E DO CUIDADO NOS PRINCIPAIS AGRAVOS DA SAÚDE DO ADULTO: O TRABALHO DO MÉDICO DE FAMÍLIA E COMUNIDADE

A 2ª parte deste módulo específico de medicina tem como objetivos específicos:

- a) compreender os aspectos epidemiológicos e clínicos dos problemas mais prevalentes no cuidado do adulto em atenção primária à saúde;
- b) basear a prática clínica na Metodologia Baseada em Evidências;
- c) entender o papel do médico como membro da equipe e coordenador das ações de cuidado terapêutico.

4.1 Desenvolvendo Habilidade de Comunicação Com o Paciente (Relação Médico-Paciente)

O trabalho do médico de família e comunidade (MFC) tem como características a longitudinalidade, vínculo e coordenação do cuidado das pessoas de sua comunidade. Quanto mais tempo estiver na comunidade, mais conheceremos os nossos usuários. Certamente muitos de vocês já fizeram o pré-natal e seguem acompanhando a criança ao longo dos anos, não é? Os usuários, também ao longo do tempo, vão identificar o “seu médico” como o seu “prestador de cuidado”.

Por estas características de trabalho descritas acima, é importante que o MFC tenha habilidade de comunicação e de estabelecer uma boa relação médico-paciente. Mas o que é uma boa relação médico-paciente?

Neste momento, você pode se perguntar: mas o que é uma boa relação médico-paciente? O que define e estabelece esta relação?

Consideramos uma boa relação médico-paciente aquela que é centrada na pessoa e não na doença.

As pessoas (usuários) que procuram o nosso atendimento são pai, mãe, avô, avó ou filho. Estabelecem relações, desenvolvem atividades e possuem uma organização de vida que pode ou não ser saudável. O contexto de cada pessoa envolve sua família, amigos, religião, trabalho e recursos de saúde. Entender tal contexto permite que o médico de família não veja o problema de saúde de forma isolada.

Para explicar como desenvolver uma boa relação médico-paciente, vamos ilustrar com o caso clínico que segue abaixo:

Caso Clínico

Uma mulher de 68 anos, moradora do bairro e usuária da Unidade de Saúde, chega ao serviço em um final de tarde tumultuado, com agenda aberta para acolhimento. Ela relata à enfermeira que a acolheu uma certa dificuldade para dormir, e diz que para melhorar necessita levantar-se e ir até uma janela aberta. A enfermeira, então, faz a aferição da PA com 140/90, da FC com 78 bpm e da FR com 18 mrm.

Como a mulher estava um pouco tensa, é acalmada e, por solicitação da equipe, é examinada rapidamente pelo médico, que a ouve e sugere que ela retorne em outro dia, mais calmo, para uma consulta mais detalhada.

No retorno à Unidade, apresentava os mesmos sinais vitais e relatou uma história de desconforto abdominal e aumento dos movimentos peristálticos abdominais noturnos. Ela referiu que ficava tensa durante a noite e permanecia acordada por horas, o que fazia com que ela piorasse a ponto de sentir-se sufocada, indo então até a janela. Tinha medo de que fosse câncer. Seu prontuário trazia os registros de mastectomia por câncer e colecistectomia realizadas há a cerca de 20 anos. A mulher era viúva e morava sozinha num imóvel alugado. Queixou-se porque o aluguel havia sido aumentado por seu senhorio, o qual ela julgava “desonesto” e “insensível”. Tinha 2 filhos, um homem e uma mulher, que em breve viriam morar no mesmo bairro.

Durante o exame físico, tinha manutenção de frêmito tóraco vocal, foi detectada a ausculta poucos ruídos sibilantes, abdômen flácido e a ausência de outros problemas, foi então longamente conversado a cerca de ansiedade e distúrbios de ansiedade e foi encaminhado acompanhamento domiciliar pela equipe de saúde, sem o uso inicialmente de medicação.

O caso acima é uma boa ilustração de como a abordagem centrada na pessoa que busca o atendimento médico pode ser benéfica. Caso não houvesse combinado uma nova consulta em que pudesse escutar com mais tempo e examinar a usuária, provavelmente teria

um diagnóstico equivocado. Você reparou que naquele primeiro encontro a paciente não cita as dores abdominais? O sintoma de insônia só aparece no segundo encontro. Será que se o profissional ficasse somente com aquela primeira entrevista, não teria pedido exames desnecessários? Mas como fazer uma abordagem centrada na pessoa dentro de todas as dificuldades que temos na Atenção Primária à Saúde?

Existe um método sistematizado chamado de Abordagem Centrada na Pessoa. Este método fornece alguns passos que auxiliam no desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente. Ele foi criado para contribuir para que as expectativas tanto dos médicos como dos pacientes fossem atendidas. Confira um pouco da história da Abordagem Centrada na Pessoa:

A partir de 1964, para contrastar com a chamada “medicina centrada na doença”, Balint et al (2005) introduziram o tema “medicina centrada no paciente”. Através de grupos com médicos de família ingleses, eles exploravam os casos mais difíceis e as respostas efetivas dos médicos a estes. Naquela época, a ideia de que o médico deveria estar atento aos seus sentimentos e também aos de seus pacientes era revolucionária.

Em 1968, o Departamento de Medicina de Família da Universidade de Western Ontário no Canadá, sob a coordenação do professor Ian McWhinney, iniciou vários estudos sobre a relação médico-paciente. O trabalho esclarecendo a verdadeira razão de a pessoa procurar o médico foi o estágio inicial para explorar a amplitude dos problemas das pessoas. Em 1981, Joseph Levenstein, médico e professor na África do Sul, estava como professor visitante de medicina de família na mesma Universidade e compartilhou com o grupo a sistematização do método de abordagem centrada na pessoa.

Você deve estar se perguntando: Mas do que se trata este método? Ele consiste em alguns passos que auxiliam no desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente.

São eles:

a) Explorando a Experiência com a enfermidade e com a doença:

Consiste em acessar as duas contextualizações do estar doente: doença e enfermidade, que se compõe em acessar o estar doente através da anamnese e do exame físico e perceber o olhar e tentar entender o sentimento do paciente

sobre a experiência do adoecimento (enfermidade). Os sentimentos sobre estar doente, a ideia da pessoa a respeito do adoecimento e como isto impacta em sua atividade diária, além das expectativas em relação ao médico, tornam-se fatores importantes nesse contexto.

b) Entendendo a pessoa com um todo, inteiro:

É a compreensão da pessoa no seu contexto sócio-cultural, levando em conta os seus múltiplos aspectos como personalidade, ciclo de vida, família, comunidade, trabalho, religião, dentre outros.

c) Buscando um projeto comum ao médico e ao paciente para manejar problemas:

É o estabelecimento de um plano comum de atenção e cuidado negociado entre médico e paciente: definindo o problema, estabelecendo metas de acompanhamento e tratamento e identificando os papéis assumidos por cada um, médico e paciente.

d) Incorporando prevenção e promoção da saúde:

Oportunizar em cada encontro aspectos de promoção da saúde e de prevenção da doença.

e) Intensificando a relação médico-paciente:

Aproveitar cada encontro com o paciente para construir e desenvolver a relação médico-paciente e suas dimensões de compaixão, empatia, verdade e divisão de responsabilidades.

f) Sendo realista:

Usar o tempo e a energia eficientemente, não tendo expectativas além das possibilidades. Desenvolver habilidades para definir prioridades, alocação de recursos e trabalho em equipe.

O método clínico centrado na pessoa traz uma nova abordagem que considera o paciente como uma pessoa. Assim, passa-se de uma postura paternalista, em que o médico “sabe o que é bom”, para um novo modelo de “empoderamento” do paciente.

O tempo pode ser um limitante de aplicações desta metodologia. O Médico de Família e Comunidade deve se valer de longitudinalidade,

de repetição dos encontros e por vezes, priorizar alguma das etapas do método.

4.2 RASTREAMENTO EM ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Você sabe onde encontrar informações confiáveis sobre o rastreamento?

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

Com respeito à Saúde do Adulto, hoje temos as seguintes recomendações:

- g) **Hipertensão Arterial Sistêmica:** O rastreamento da HAS, através da aferição da pressão arterial, é recomendado em indivíduos acima de 18 anos;
- h) **Dislipidemia:** O rastreamento da dislipidemia, por meio da dosagem sérica dos níveis de colesterol, é recomendado para homens acima de 35 anos e mulheres acima de 45 anos. O intervalo de rastreamento ainda é incerto. Homens com fatores de risco coma diabetes, uso de tabaco, obesidade, história familiar de doença arterial coronariana antes dos 50 anos ou história pessoal de aterosclerose devem ser rastreados para dislipidemia a partir dos 20 anos;
- i) **Diabetes Mellitus Tipo II:** Recomenda-se o rastreamento da diabetes mellitus tipo II, através da dosagem sérica de glicose, em indivíduos com aumento dos níveis pressóricos acima de 135/80;
- j) **Neoplasia de Cólon:** O rastreamento da neoplasia de cólon é recomendado através da pesquisa de sangue oculto nas fezes, sigmoidoscopia ou colonoscopia, deve se iniciar aos 50 anos até os 75 anos de idade. A frequência de rastreamento é anual para pesquisa de sangue oculto nas fezes, a cada 5 anos para sigmoidoscopia e a cada 10 anos para a colonoscopia;
- k) **Uso de Tabaco:** O rastreamento sobre o uso de tabaco é

recomendado para os adultos e gestantes. Em todo o encontro com estes usuários, deve ser questionado o uso de tabaco e os usuários devem ser encorajados a cessarem o tabagismo;

- I) **Abuso de Álcool:** É recomendado o rastreamento do uso abusivo de álcool e o aconselhamento sobre o abandono do uso nos encontros com a população adulta. Pode se usar o questionário de CAGE para o rastreamento.

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

Como vimos acima, são poucas as doenças que hoje têm indicação de rastreamento. Mas, apesar disto, é crescente a procura por “exame” pelos indivíduos assintomáticos. Esta prática é ocasionada pela mídia, pois dissemina informações não-científicas e a alguns profissionais não estudiosos do tema. Assim, é importante compreendermos que quando propomos o rastreamento sem evidência científica, além de não ter nenhum benefício para o indivíduo, podemos submetê-lo a procedimentos desnecessários e até mesmo deletérios. Devemos sempre buscar maior clareza sobre os benefícios e riscos do rastreamento.



Saiba Mais

Você quer saber mais sobre o tema? Indicamos a tese de mestrado do Professor José Mauro Ceratti Lopes, que está disponível em:

LOPES, J. M. C. **A pessoa como centro do cuidado**: a abordagem centrada na pessoa no processo de produção do cuidado médico em serviço de atenção primária à saúde. 2005. 222 f. Dissertação (Mestrado em Educação)- Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2005. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/5873/000521470.pdf?sequence=0>>. Acesso em: 17 jan. 2010.

Estas duas instituições podem ser acessadas:

United States of America. Preventive Service Task Force. Disponível em: <<http://www.ahrq.gov/CLINIC/uspstfix.htm>>. Acesso em: 7 jul. 2010.

CANADIAN Task Force on the Periodic Health Examination. Disponível em: <<http://www.ctfphc.org/>>. Acesso em: 7 jul. 2010.

Além destas, temos uma outra instituição que realiza revisões sistemáticas, o Cochrane, que pode também ser acessado no seguinte endereço:

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

SÍNTESE DA UNIDADE

Finalizamos agora a quarta unidade deste módulo, a primeira do conteúdo específico para o médico de saúde da família e comunidade. Vimos como aprimorar a habilidade de comunicação com o paciente na relação médico-paciente. Consideramos uma boa relação médico-paciente aquela que é centrada na pessoa e não na doença, conforme apresentado no método sistematizado chamado de Abordagem Centrada na Pessoa. Esse método fornece alguns passos que auxiliam no desenvolvimento de uma boa relação médico-paciente. Na prática, no dia a dia além dos aspectos já considerados de conhecimento, longitudinalidade, junto com a limitação espacial de abrangência de área, devem conduzir a conduta na direção da promoção e da prevenção. Uma das formas mais eficazes é a utilização do restreamento ou *screening* populacional visando a descoberta de alterações antes que apareçam os sintomas ou da procura do serviço.

Bons estudos!

REFERÊNCIAS

BALINT, M. et al. **O médico, seu paciente e a doença**. Brasil: Atheneu, 2005.

CUNHA GT. **A construção da clínica ampliada na atenção básica**. São Paulo: Editora Hucitec; 2005.

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.) **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

FOXCROFT DR, IRELAND D, LISTER-SHARP DJ, LOWE G, BREEN R. **Longer-term primary prevention for alcohol misuse in young people**: a systematic review. *Addiction*, 2003.

LOPES-DE-MUNAIN J, TORCAL J, LOPEZ V, GARAY J. **Prevention in routine general practice**: activity patterns and potencial promoting factors. *Prev Med*, 2001.

MASUR J, LARANJEIRA R. **Hipertensão e alcoolismo**. *Rev Assoc Med Bras*, 1980.

MIGUEL F. Factores de riesgo: una nada inocente ambigüedad en el corazón de la medicina actual. *Aten Primaria*, 1998.

MOREIRA LFS, Masur J. **Consumo de álcool em pacientes ambulatoriais de hospital geral na capital e interior do Estado do Rio Grande do Norte**. *Rev Assoc Bras Psiquiatr*, 1980.

SILVA LC. **Hacia una cultura epidemiológica revitalizada**. *Dimens Hum*, 1997.

FEINSTEIN AR. **The problem of cogent subgroups: a clinicostatistical tragedy**. *J Clin Epidemiol*, 1998.

UNIDADE 5

MÓDULO 7

5 DOENÇAS CRÔNICAS: HAS, DM T 2, PREVENÇÃO DE EVENTOS CARDÍACOS ISQUÊMICOS E DOENÇA PULMONAR OBSTRUTIVA CRÔNICA

Como vimos na Unidade 1, existe uma alta prevalência de problemas crônicos na população adulta brasileira. E é na Atenção Primária à Saúde que grande parte destes problemas serão acompanhados. As doenças crônicas se caracterizam por sua longa evolução e necessidade de acompanhamento sistemático e por toda a equipe de saúde. Seleccionamos as doenças mais frequentes no dia a dia do MFC e também vamos ilustrar a discussão através de casos clínicos.

5.1 Hipertensão Arterial Sistêmica

5.1.1 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.

5.1.2 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-se 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).

5.1.3 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).

E o cuidado domiciliar feito pela equipe de enfermagem deve focar sobretudo a mudança no estilo de vida do hipertenso. A interação enfermeira, 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, a enfermeira 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).



Saiba Mais

Você pode completar o seu conhecimento lendo:

DUNCAN, B. B. et al. (Org.) **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o sistema único de saúde**. Brasília, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, n. 15).

5.1.4 O usuário Hipertenso: Abordagem Clínica

Na Unidade 2, falamos a respeito do **Prograb**¹, que é um instrumento útil para o planejamento das ações na Atenção primária. Para ajudar nesse planejamento, é muito importante que a equipe já tenha tido contato com esta ferramenta, a qual irá permitir, a partir do número de pessoas da área, a programação da quantidade de ações que a equipe pode executar.

Como a ferramenta permite flexibilidade, pode-se, a qualquer momento, dependendo da organização do processo de trabalho que a equipe estiver apresentando, aumentar ou diminuir a cobertura sugerida, e ainda entrar com números de forma direta, ao invés de entrar com faixas populacionais.

Outro ponto a ser trabalhado com a ferramenta também é o protocolo de exames complementares que devem ser solicitados anualmente para essa população, o que irá permitir que a equipe programe a quantidade de exames necessários, e se a solicitação está acima desse esperado, desenvolvendo ações para sua redução.

¹ Prograb – Essa ferramenta vai permitir, a partir do número de pessoas da área, a programação da quantidade de ações que a equipe pode executar.



Na Prática

Que tal interromper esse módulo por aqui, e já na próxima reunião de equipe, sentar com todos os membros e iniciar uma discussão sobre os pontos que trabalhamos até agora, e fornecer alimentação para a população no PROGRAB caso esse processo ainda não tenha sido iniciado, além disso é aconselhável dar uma olhada nas ações relacionadas a pessoas com hipertensão arterial?

E aí, como foi? Só a partir dessa primeira conversa já foi possível ter uma maior noção sobre como anda o acompanhamento das pessoas com hipertensão na sua área. Certamente, algumas outras coisas devem ter sido discutidas na reunião, como o funcionamento dos grupos, problemas de reterritorialização, etc... Se estiver tudo indo bem, melhor, mas caso contrário, não se preocupe, vamos aos poucos organizar todo o serviço em equipe.

Agora, retomando a discussão, você, ao manipular a ferramenta deve ter percebido que uma das sugestões é justamente diferenciar os usuários com estágio I de hipertensão, dos com estágios II e III. Além do estágio da hipertensão, é de fundamental importância classificar o risco de o paciente desenvolver algum evento cardiovascular.



Saiba Mais

No caderno de atenção básica no 14, o capítulo 4 traz alguns fluxogramas de fácil visualização e compreensão.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, 14).

Para que o planejamento e o acompanhamento sistemáticos dos pacientes sejam aprimorados, sugiro que você passe a acrescentar no prontuário de todo paciente o grupo de risco/categoria segundo o escore de Framingham, e o estágio de hipertensão atual, podendo inclusive esses dados ficarem no início do prontuário, o que permite uma melhor visualização.

Após essa etapa, que pode se estender por alguns meses, será necessária a sistematização de tais informações, e você, junto à equipe, planejem como prestar atendimento diferenciado aos pacientes com maior risco.

Outros fatores podem ser levados em consideração na organização do atendimento desses pacientes, como adesão e resposta ao tratamento, presença de fatores de risco associados, grau de instrução e autonomia. É importante planejar um prazo para a execução de cada uma dessas etapas, para que a equipe não se perca no desenvolvimento das ações.

Vamos ilustrar a abordagem clínica do usuário portador de hipertensão com o caso clínico abaixo. Em seguida, colocamos algumas informações-chaves sobre hipertensão. Essas “chaves” devem ser norteadoras da assistência aos hipertensos de sua área de abrangência.

Caso Clínico:

L.S.V, 62 anos, vem à consulta acompanhado de sua filha que está preocupada com o aumento da pressão arterial do pai. Ele aferiu a PA aleatoriamente por 2 vezes e foi aconselhado a procurar seu médico de família. Diz que não procurava atendimento médico desde sua adolescência. Não tem nenhuma outra queixa ou sintoma. Trabalha na construção civil e está planejando se aposentar em 3 anos. Não usa nenhum medicamento ou chá. Apresenta como antecedente familiar falecimento do pai aos 53 anos por Infarto Agudo do Miocárdio. Ao exame físico, apresenta IMC de 31,6 kg/m², PA: 164/78 mmHg repetida após 10 minutos e foi de 162/76 mmHg. Sem outras alterações no exame físico. Neste primeiro momento, ele é orientado a mudanças do estilo de vida: início de atividade física e orientação dietética com o objetivo de perda de peso. Além disto, também foi orientado a fazer controle com registro da PA.

Após 60 dias, L.S. V retorna para reavaliação. Paciente um pouco contrariado em retornar ao médico, pois diz sentir-se bem. O controle da PAS variou e de 148 a 176 e PAD entre 64 e 88 mmHg. Seu diagnóstico então foi estabelecido de Hipertensão Arterial estágio 2. Foram discutidas com o paciente a necessidade de exames complementares (laboratório e ECG) e as opções de tratamento. O paciente foi resistente ao início da medicação e preferiu, neste momento, investir em atividade física e mudança alimentar com perda de peso. Foi programado um retorno em 1 mês com exames e registro da PA.

5.1.5 Chaves na Abordagem da Pessoa com Hipertensão Arterial

- e) Um dos componentes mais importantes no diagnóstico e no manejo da Hipertensão Arterial é a correta aferição, que está descrita na página 11 do Caderno 15 de Atenção Básica;

- f) A Classificação da Hipertensão Arterial é baseada no Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure que classifica:

Normal PAS < 120 ou PAD < 80;

Pré-hipertensão PAS 120-139 ou PAD 80-89;

Estágio 1 PAS 140-159 ou PAD 90-99;

Estágio 2 PAS >160 ou PAD >100;

- g) Uma vez que a hipertensão foi diagnosticada, o estilo de vida, risco cardiovascular (Framingham), outras patologias e lesão em órgão-alvo devem ser identificados;
- h) O objetivo do tratamento é diminuir a morbidade e a mortalidade por Hipertensão Arterial;
- i) A meta é atingir níveis pressóricos menores que 140/90 mm Hg ou menores que 130/80 mm Hg para pacientes com doença aterosclerótica, doença renal e/ou diabetes;
- j) A mudança de estilo de vida² (estímulo à atividade física sistemática, controle do peso, cessação do tabagismo e orientação dietética) deve ser encorajada em todos os pacientes com hipertensão. A mudança de estilo de vida pode ser oferecida para alguns pacientes por até 6 meses antes de se iniciar a medicação;
- k) A classe de medicação, que é a primeira escolha para a hipertensão, são os diuréticos tiazídicos;
- l) Os beta-bloqueadores são preferidos para pacientes com antecedente de IAM ou angina estável;
- m) Em indivíduos com HAS e risco cardiovascular alto, é recomendado o uso de aspirina profilática (100mg/dia), após controle ideal ou próximo do alvo da pressão arterial (<140/90 mmHg);
- n) Pacientes hipertensos com PA bem controlada devem ser avaliados a cada 06 meses e aqueles com PA ainda sem controle a cada 3 meses, ou antes, se outras intercorrências.

Mudança de estilo de vida – a mudança de estilo de vida pode ser oferecida para alguns pacientes por até seis meses antes de se iniciar a medicação.

5.2 Diabetes Mellitus Tipo 2

5.2.1 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 tipo1 (antigamente denominado de Diabetes Mellitus insulino-dependente);
- b) Diabetes do tipo2 (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 tipo1 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 que o estilo de vida atual, caracterizado pelo sedentarismo e hábitos alimentares inadequados, predispõe ao 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.

5.2.2 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.

5.2.3 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 cardiovascular.

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.

5.2.4 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.



Acesse o Caderno sobre Diabetes Mellitus visitando o sítio:

DIABETES Mellitus. Cadernos de Atenção Básica, n. 16, Disponível em:
http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad16.pdf

Conheça a Sociedade Brasileira de Diabetes visitando o sítio

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

Para facilitar o aprendizado, usaremos um caso clínico e depois sintetizamos as “chaves” na assistência clínica ao usuário portador de *Diabetes Mellitus* tipo 2.

Caso Clínico:

R.S., 52 anos, mecânico, procura atendimento para “check-up”. Ele é portador de hipertensão arterial sistêmica. Descobriu-se hipertenso há 10 anos e desde então em uso de Hidroclorotiazida 25 mg diariamente. Queixa-se apenas de fadiga ocasional, o que relaciona ao excesso de trabalho. Nunca foi internado. Seu pai faleceu aos 60 anos de causa desconhecida e sua mãe tem 80 anos e sem nenhuma doença. Tem um irmão de 49 anos que faz uso de remédio para diabetes. Não fuma. Faz uso de 2 garrafas de cerveja, 1 vez por semana quando assiste ao jogo de futebol. É casado há 30 anos e tem 3 filhos e 6 netos. Usuário não faz exercícios regularmente, mas se mostra motivado a iniciar atividade física.

Ao exame físico apresenta PA- 140/100 mmHg, IMC-32 kg/m², ausculta cardíaca normal, ausência de edema e os pulsos periféricos são palpáveis facilmente. O restante do exame físico é normal.

O hemoglicoteste realizado no momento da consulta foi de 177mg/dl (usuário estava em jejum). Pela suspeita do diagnóstico de DM tipo 2 foi solicitado glicemia de jejum, TSH e perfil lipídico. Foi feita também orientação dietética (restrição a açúcar e carboidratos simples) e início de atividade física para o usuário. Orientado da necessidade de perda de peso, visto que pelo seu IMC é classificado como obeso. Manteve-se a Hidroclorotiazida 25 mg e orientado a retornar assim que os exames estivessem prontos.

Ele retorna após duas semanas com os exames. Apresenta uma glicemia de jejum de 170 mg/dl, hemoglobina glicosilada de 8,4%, colesterol total de 230 mg/dl, LDL de 139 mg/dl e HDL de 56 mg/dl.

Como R.S. apresentou duas glicemias de jejum alteradas e níveis de hemoglobina glicosilada consistente com hiperglicemia crônica, estabeleceu-se o diagnóstico de DM tipo 2. Por apresentar obesidade, foi indicado o tratamento através da mudança de estilo de vida (dieta e atividade física) e reavaliação em 2 meses. Além disso, optou-se por substituir o anti-hipertensivo diurético por inibidor da enzima conversora de angiotensina. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina são os anti-hipertensivos de escolha para diabéticos, pois previnem a nefropatia diabética. Foi agendado retorno em 2 meses.

5.2.5 Chaves na Abordagem da Pessoa com *Diabetes Mellitus* tipo 2

- a) O alvo no manejo do DM tipo 2 é eliminar sintomas agudos, reduzir morbidade e mortalidade da doença macrovascular e prevenir ou diminuir doença microvascular;
- b) O diagnóstico é estabelecido com glicemia casual maior ou igual a 200mg/dl ou 2 glicemias de jejum maiores ou iguais a 126mg/dl ou ainda teste de tolerância oral à glicose duas horas após ingestão de dextrose maior ou igual a 200mg/dl;
- c) A avaliação laboratorial inicial dos pacientes diagnosticados de DM t 2 consiste em:

Glicemia de jejum;

Hemoglobina glicosilada (A1C);

Colesterol total, HDL-C e (para avaliar risco Framingham);

Triglicerídeos;

Creatinina sérica em adultos;

Exame de urina:

Infecção urinária;

Proteinúria;

Corpos cetônicos;

Sedimento;

Microalbuminúria (diabetes tipo 2, se proteinúria negativa).

ECG em adultos;

- d) Estabelecer risco cardiovascular através do escore de Framingham ou UKPDS;
- e) Detectar complicações crônicas: neuropatia, retinopatia, nefropatia e pé diabético;
- f) Dieta e atividade física são partes do tratamento: atividade física melhora metabolismo da glicose e diminui resistência à insulina;
- g) Sulfonilureias e Biguanidas são as classes de antidiabéticos orais de escolha para iniciar tratamento farmacológico do DM t 2;
- h) Sulfonilureias são mais efetivas para os pacientes que tenham diabetes há pelo menos 5 anos e também àqueles com IMC normal;
- i) Biguanidas são a primeira escolha para pacientes acima do peso e sem contra-indicação à medicação;
- j) O alvo da glicemia de jejum em portadores de DM t 2 é de 90-130mg/dl e deve ser aferida mensalmente até controle;
- k) O alvo da Hb glicosilada é menor que 7% e deve ser aferida a cada 3 meses até controle;
- l) O alvo para perfil lipídico e PA do diabético é o seguinte:

Colesterol LDL <100 mg/dl;

Colesterol HDL >40 mg/dL (homens);

Colesterol HDL > 50 mg/dl (mulheres);

Triglicerídeos < 150 mg/dL;

Pressão arterial < 130/80 mmHg
- m) Insulinoterapia deve ser iniciada se o controle não for alcançado com diabéticos orais;
- n) Portadores de diabetes devem receber a vacina de Influenza anualmente;

- o) Portadores de diabetes devem receber uma dose da vacina pneumocócica e outra dose quando completar 65 anos;
- p) O anti-hipertensivo de escolha para diabéticos é o inibidor da enzima conversora de angiotensina, pois previne a nefropatia diabética;
- q) Deve-se rastrear o diabético anualmente para retinopatia diabética (fundoscopia), nefropatia diabética (microalbuminúria), neuropatia e pé diabético.



Na Prática

Podemos começar identificando quantos diabéticos existem na sua área de abrangência e ver se o número está de acordo com a prevalência nacional. Se vocês já estão em uso do Prograb, ele já coloca o número e a proporção de diabéticos da área de abrangência além de outras informações. Então vamos agora acessar o Prograb? Observe os dados. Você já sabe calcular da no Manual Prevenção Clínica de Doenças Cardiovasculares. Quando possível, deve-se utilizar a equação preditiva conhecida como UKPDS Risk Engine, que analisa não apenas os fatores tradicionais (idade, sexo, tabagismo, pressão sistólica e lipídeos), mas também o valor da hemoglobina e a presença de fibrilação atrial.

Todo portador de diabétes melito tipo 2 tem riscos de acontecimentos cardiovasculares, risco é sempre uma probabilidade, portanto passível de calculo. Pacientes com maior risco deverão ser acompanhados em intervalo de tempo menores em relação aos de maior risco.



Saiba Mais

Essa ferramenta está disponível pela Internet, devendo ser baixada para um microcomputador ou computador de mão no seguinte endereço:

UKPDS risk engine. Oxford: Churchill Hospital. Disponível em: <<http://www.dtu.ox.ac.uk/riskengine/index.php>>. Acesso em: 7 jul. 2010.

Como leitura complementar para esta seção, usaremos o Caderno de Atenção Básica nº 16 e os Capítulos 68, 69 e 70 do livro Medicina Ambulatorial – Duncan (DUNCAN, 2004). Então você pode começar lendo tais referências.

5.3 Prevenção de Evento Cardíacos Isquêmicos

Como vimos na Unidade 1, a principal causa de mortalidade na população adulta hoje no Brasil e em Santa Catarina são as doenças cardiovasculares. Já sabemos que a etiologia das doenças cardiovasculares isquêmicas é multicausal e está relacionada com hábitos de vida. Assim, os pilares da prevenção cardiovascular são elementos de uma vida saudável: alimentação, atividade física regular, manutenção do peso corporal ideal e afastamento do tabagismo.

Na Atenção Primária à Saúde, devemos cotidianamente estimular formas do viver mais saudável. Estas formas de viver envolvem intervenções clínicas e também intervenções populacionais para uma “cidade saudável”.

A prevenção clínica de doença cardiovascular (DCV) na atenção primária deve acontecer diariamente. É preciso incorporar na prática clínica da APS ferramentas e instrumentos que auxiliem na prevenção de DCV. Seja em visita domiciliar, atendimento individual ou em grupo, devemos incluir a prevenção.

Você costuma calcular o risco cardiovascular de seus pacientes? Sabe o que significa risco cardiovascular global?

O risco **vascular global**³ é um guia ou ferramenta que nos auxilia a definir se aquele indivíduo terá ou não benefício de determinada intervenção. Ou seja, ele ajuda a selecionar quem realmente precisa sofrer a intervenção. Desta forma, não estaremos expondo nossos usuários a intervenções desnecessárias (medicamentos, exames...).



Saiba Mais

Como leitura complementar:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, n. 14).

3 Risco vascular global é a somatória de riscos impostos pela presença de múltiplos fatores. Assim não é um risco isolado como o colesterol alto ou a pressão arterial alta que definiria a intervenção, mas sim a soma desses riscos.



Na Prática

Uma das doenças mais estudadas no mundo, o IAM tem definidos critérios de abordagem e sistemas de avaliação de risco que são os bálizadores da intervenção.

5.3.1 Indicadores de Alto Risco

- a) Infarto do miocárdio prévio;
- b) Acidente vascular cerebral ou ataque, isquêmico transitório prévio;
- c) Doença aneurismática de aorta;
- d) Doença vascular periférica;
- e) Insuficiência cardíaca congestiva de etiologia isquêmica;
- f) Angina de peito;
- g) Doença renal crônica.

5.3.2 Indicadores Intermediários de Risco

- a) Idade > 45 anos homens, > 55 anos mulheres;
- b) Manifestações de aterosclerose:
 - Sopros arteriais carotídeos;
 - Diminuição ou ausência de pulsos periféricos;
- c) História familiar de infarto agudo do miocárdio, morte súbita ou acidente vascular cerebral em familiares de 1º. grau ocorrido antes dos 50 anos;
- d) Diagnóstico prévio de diabetes melito, glicemia de jejum alterada, diabetes gestacional;
- e) Diagnóstico prévio de dislipidemia;
- f) Diagnóstico prévio de síndrome do ovário policístico;
- g) Tabagismo;

- h) Obesidade (IMC >30 kg/m²) ou obesidade central (cintura medida na crista ilíaca: > 88 cm em mulheres; > 102 cm em homens);
- i) Hipertensão (>140/90 mmHg) ou história de pré-eclâmpsia;
- j) História de doença renal na família (para risco de insuficiência renal).

Indivíduos mais jovens (homens com menos de 45 anos e mulheres com menos de 55 anos), sem manifestação de doença ou sintomas e sem nenhum dos fatores intermediários descritos abaixo são caracterizados como sendo de BAIXO RISCO. Os outros irão ter seu risco cardiovascular calculado por meio do **Escore de Framingham**⁴. Para o cálculo através deste instrumento, precisaremos da glicemia de jejum e do perfil lipídico.



Saiba Mais

No Caderno da Atenção Básica nº 14, você tem as tabelas de cálculo do escore de Framingham para homens e mulheres.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 14).

4 O escore de Framingham foi desenvolvido a partir de um estudo populacional longitudinal conduzido por pesquisadores norte-americanos na cidade de mesmo nome, no estado de Massachusetts. Tem evidência científica comprovada e é largamente utilizado em todo o mundo. A partir do risco calculado por meio do escore, o paciente pode ser considerado de Risco Baixo, Médio e Alto para desenvolver doenças cardiovasculares em 10 anos.

Agora ficou fácil incorporar o uso do risco cardiovascular na sua prática clínica. Após a classificação dos usuários, passamos para as intervenções preventivas das doenças cardiovasculares. Existem dois tipos de intervenções: não-farmacológicas e farmacológicas:

- a) **Intervenções preventivas de DCV não farmacológicas:**
Alimentação saudável, atividade física, cessar tabagismo.
- b) **Intervenções preventivas de DCV farmacológicas:**

Uso de anti-hipertensivos em pacientes hipertensos. Os diuréticos tiazídicos em baixas doses são as medicações mais efetivas na prevenção de desfechos cardiovasculares;

Inibidores da enzima conversora de angiotensina para pacientes com ALTO RISCO CARDIOVASCULAR mesmo sem hipertensão arterial sistêmica;

Aspirina em baixa dose (75 a 150mg/dia) reduz morbimortalidade cardiovascular de pacientes que apresentam cardiopatia isquêmica em suas manifestações agudas e crônicas. Seu uso também se mostrou benéfico nos indivíduos sem cardiopatia isquêmica, mas com alto risco cardiovascular;

O uso de estatinas apresenta diminuição da morbimortalidade nos indivíduos com alto risco cardiovascular mesmo sem alteração no perfil lipídico;

Vacinação contra influenza diminuiu mortalidade e internação por eventos cardiovasculares. É recomendada para indivíduos com doença cardiovascular ou alto risco cardiovascular.

5.4 Doenças Respiratórias

5.4.1 Considerações Gerais

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.

5.4.2 Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

A DPOC⁵ é uma das principais causas de hospitalização e óbito. E está entre as 20 doenças mais comuns na prática do MFC. Na sua área de abrangência, devem existir alguns casos de DPOC, sobretudo nos pacientes fumantes.

Como se define a DPOC? Você sabia que até 10 anos atrás a classificação da DPOC era diferente da que utilizamos hoje?

A história clínica da DPOC se caracteriza pelos seguintes sintomas:

- a) tosse crônica;
- b) aumento da produção de escarro;
- c) dispnéia.

Os fatores de risco envolvidos no desenvolvimento de DPOC são: tabagismo (mesmo que passivo), produtos químicos ou fumaça doméstica.

No exame físico, os sinais mais comuns apresentados pelo paciente são a diminuição do murmúrio vesicular à ausculta, o prolongamento da expiração, o timpanismo à percussão e a hiperinsuflação torácica. Além disso, com a progressão da doença, ocorre importante perda de peso, tornando imprescindível a avaliação do IMC do paciente a cada consulta.

O diagnóstico é baseado em uma boa análise e um exame físico que passe por:

- a) coloração de tez e extremidades;
- b) deformidades torácica com diminuição de amplitude de ápice e base;
- c) timpanismo à percussão e diminuição do frêmito tóraco vocal;
- d) ausculta com roncos e sibilos.

Apesar da história e do exame físico serem fundamentais no diagnóstico, o padrão-ouro de diagnóstico é a espirometria. Você sabe interpretar uma espirometria?

5 A definição de Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC) é a limitação do fluxo aéreo expiratório não totalmente reversível, curso crônico e progressivo, associado à resposta inflamatória anormal do pulmão devido a partículas ou gases tóxicos.

A espirometria avalia a **função pulmonar**. Seus principais parâmetros na avaliação da DPOC são:

- a) capacidade vital forçada (CVF) - volume de ar máximo que é expirado durante uma manobra forçada;
- b) volume expiratório forçado em um segundo (VEF1) - volume expirado no primeiro segundo de expiração máxima após inspiração máxima;
- c) razão VEF1/CVF - valores normais situam-se entre 70-80% (Quadro 9).

GRAU DE OBSTRUÇÃO	
LEVE	VEF1/CVF em % <70
MODERADA	30% <= VEF1 < 80% do previsto
GRAVE	VEF1 < 30% do previsto

Quadro 9: Classificação da DPOC

Fonte: THE GLOBAL..., 2010.

Sabemos que muitos profissionais trabalham no interior com dificuldade de acesso a este exame. O diagnóstico pode ser realizado através da anamnese e do exame físico. Alguns outros exames complementares podem auxiliar, e listamos no quadro 10 a seguir.

CLASSIFICAÇÃO DA DPOC SEGUNDO ESPIROMETRIA	
Radiografia de tórax	Tem baixa sensibilidade e especificidade para o diagnóstico de DPOC. Pacientes com DPOC leve a moderada podem apresentar RX normal. A hiperinsuflação pulmonar, retificação diafragma e aumento do espaço retrocardíaco são sinais radiográficos de DPOC.
Oximetria de pulso	Monitorização não-invasiva da saturação de O2 no sangue. Auxilia avaliação de necessidade de incremento no O2.
Eletrocardiograma	Avalia volume cardíaco e desvio do eixo para a direita. Auxilia identificação de arritmias presentes em estágios avançados da doença.
Ecocardiograma	Auxilia na avaliação do <i>cor pulmonale</i> .

Quadro 10: Exames complementares

Fonte: THE GLOBAL Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010.

O GOLD coloca 4 componentes no manejo do DPOC:

- a) avaliação e acompanhamento da doença;
- b) redução dos fatores de risco;
- c) manejo do DPOC estável;
- d) manejo das exacerbações.

Vamos conhecer as especificações de cada um deles a seguir. Acompanhe.

Avaliação e acompanhamento da doença: consiste na avaliação clínica, exposição a fatores de risco, sintomas atuais, padrão de exacerbações, comorbidades, impacto na vida do paciente, suporte familiar e social e possibilidade de redução dos fatores de risco;

Redução dos fatores de risco: aconselhamento do abandono do tabaco com suporte para auxiliar o usuário a cessar tabagismo (atividade de grupo, medicações). O quadro 11 abaixo resume o manejo do DPOC estável conforme seu estágio.

Manejo do DPOC estável: o quadro 11 abaixo, resume o manejo do DPOC estável conforme seu estágio.

TRATAMENTO DPOC CONFORME ESTÁGIO			
Em risco	DPOC leve	DPOC moderada	DPOC grave
Exposição a risco Espirometria normal	VEF1/CVF <70% Com ou sem sintomas	30% < = VEF1 < 80% do previsto	VEF1 entre 30-49% do previsto
- Vacinação Influenza - Aconselhar Cessar Tabagismo			
	- Acrescentar broncodilatador de curta ação se necessário		
		- Acrescentar tratamento regular com um ou mais broncodilatadores de ação prolongada - Reabilitação	
			- Acrescentar corticoides inalados se exacerbações de repetição - O2 se insuficiência respiratória

Quadro 11: Manejo do DPOC estável conforme seu estágio

Fonte: THE GLOBAL Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010.

- a) a) β -2 de curta duração possui ação de 4 a 6 horas, início de ação rápida de 5 minutos e são fundamentais para o tratamento sintomático;
- b) b) O β -2 de longa duração possui ação de até 12 horas;
- c) c) Os anticolinérgicos (ipatrópio) têm duração de 6 a 8 horas, pico de ação de 1 hora. Na terapia de manutenção, há melhora dos sintomas e qualidade de vida. Se associados a β -2 de curta duração, há melhora no VEF1 e tolerância ao exercício;
- d) Há divergência nos estudos se as xantinas (aminofilina, teofilina) reduzem os sintomas e melhoram a tolerância ao exercício. Apresentam muitas interações medicamentosas.
- e) d) Os corticoides devem ser usados na DPOC quando houver resposta espirométrica comprovada ou se o VEF1 for menor que 50% ou ainda se houver mais de 3 exacerbações ao ano;
- f) e) A vacina da Influenza reduz em 50% as doenças graves e morte em pacientes com DPOC;
- g) f) Não há evidência para a recomendação da vacina pneumocócica para a DPOC;

Todos os pacientes com DPOC se beneficiam com programas de exercícios físicos, melhorando a tolerância aos exercícios, a dispneia e a fadiga.

A medida isolada mais efetiva para reduzir o risco de desenvolvimento de DPOC e parar a sua progressão é o abandono do tabagismo. Lembre-se de Investir na sua Unidade Local de Saúde nos Grupos para auxiliar o abandono do tabagismo

Manejo da exacerbação da DPOC: Aumentar a dose ou a frequência dos broncodilatadores em uso, e se não está em uso, acrescentar anticolinérgicos. Indicar corticoides se a condição de base for VEF1 menor que 50% do previsto, acrescentar ao regime broncodilator corticoide oral por 10 dias. Se houver piora da dispneia e tosse com expectoração aumentada e purulenta acrescentar cobertura de antibiótico conforme quadro 12 abaixo.

GRUPO	ANTIBIÓTICOS
Pacientes com menos de 60 anos, sem comorbidades, menos de quatro exacerbações ao ano.	-β lactâmicos (amoxicilina, cefalosporinas de segunda ou terceira geração). -Novos macrolídeos -Quinolonas antipneumo -Doxiciclina/tetraciclina -Sulfa + trimetopin
Pacientes com mais de 60 anos, com comorbidades, mais de quatro exacerbações ao ano.	-Quinolonas antipneumo -Azitromicina -β lactâmicos + inibidor da β lactamase (ácido clavulânico, sulbactan).

Quadro 12: Cobertura de antibiótico

Fonte: THE GLOBAL Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2010.



Na Prática

Você pode se perguntar: quando devemos encaminhar paciente com DPOC para a avaliação do Pneumologista?

Pacientes com DPOC severa, cor pulmonale, necessidade de oxigenoterapia, declínio rápido do VEF1, pacientes com menos de 40 anos e com infecções frequentes devem ser avaliados pelo pneumologista.



Saiba Mais

Saiba Mais

Recomendamos a leitura do Capítulo 78 do Duncan e também da Iniciativa Global para Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (GOLD) disponível em:

THE GLOBAL initiative for chronic obstructive lung disease (GOLD). Disponível em: <<http://www.goldcopd.com/>>. Acesso em: 7 jul. 2010.
DUNCAN, B. B. et al. (Org.) **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

5.5 Doenças osteomusculares

Nesta etapa dos estudos, vamos aprofundar nosso conhecimento sobre as doenças osteomusculares, em específico a lombalgia, a osteoartrose e as doenças relacionadas ao trabalho.

5.5.1 Lombalgia

A dor lombar é um dos principais motivos de procura por atendimento na atenção primária. Existe uma semana em que não se atenda um usuário com dor lombar? Os quadros de lombalgia agudos geralmente são autolimitados. E não serão abordados neste conteúdo. Os casos que duram ou têm flutuação por mais de 3 meses são classificados como dor lombar crônica.

As causas de dor lombar são inúmeras, conforme listamos na tabela abaixo. Mas a mais comum é a lombalgia mecânica inespecífica em que existem danos musculoligamentares (dist postural, esforço excessivo) sem comprovação anatômica ou histológica. A associação entre sintomas e achados de imagem nestes casos é fraca (Quadro 20).

PRINCIPAIS CAUSAS DE LOMBALGIA		
CAUSAS MECÂNICAS	CAUSAS SISTÊMICAS	CAUSAS VISCERAIS
Lombalgia Mecânica inespecífica	Neoplasias	Prostatite, Endometriose, DIP crônica.
Osteoartrose lombar	Artrites inflamatórias (espondilite anquilosante, sdr de reiter...).	Nefrolitíase, Pielonefrite
Hérnia de disco	Infecção (osteomielite, abscessos, herpes zoster...).	Pancreatite, Colecistite
Colapso vertebral por osteoporose	Doença de Schuermann	Aneurisma aórtico
Estenose espinhal	Doença de Paget	-
Espondilolistese	-	-
Cifose acentuada ou Escoliose acentuada	-	-

Quadro 20: Principais causas de lombalgia

Fonte: DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004.

Diagnóstico

A dor lombar crônica geralmente tem curso benigno e em grande parte dos casos não se identifica uma lesão anatômica responsável pelo quadro. Assim, a busca exaustiva de uma causa anatômica específica, além de ser dispendiosa, não resulta em benefício para o paciente. É importante na avaliação descartar as causas graves que

necessitam de intervenção específica. Abaixo listamos os “sinais de alerta”, também chamados na literatura internacional de “red flags”, que sinalizam uma patologia mais grave. Na ausência destes sinais, a abordagem diagnóstica deve ser conservadora, dispensando a investigação exaustiva.

Sinais de alerta:

- h) trauma importante;
- i) idade > 50 anos;
- j) história progressiva de câncer ou dor que piora em repouso;
- k) perda de peso inexplicada de mais de 10% do peso corporal;
- l) febre por mais de 48h;
- m) uso de drogas injetáveis;
- n) déficit neurológico grave ou progressivo;
- o) dor com duração de mais de 01 mês sem resposta ao tratamento.

Na anamnese, é importante questionar as características da dor: localização, intensidade, duração, frequência, irradiação e fatores de alívio e piora. Na maioria das vezes, o sintoma de dor lombar com irradiação para a face postero-lateral do membro inferior (lombociatalgia) resulta de prolapso discal e irritação das raízes nervosas L5 e S1. A dor lombar geralmente é referida como pontada, enquanto que a ciatalgia é tipo fisgada, queimação ou formigamento. A ausência de dor ou parestesia abaixo do joelho diminui a probabilidade de hérnia de disco ou estenose espinhal. Se a dor se manifesta na face anterior da coxa, é menos relacionada à radiculopatia.

A história ocupacional e recreacional também fornece dados sobre causas: sobrecarga, esforço repetido ou postura inadequada.

No exame físico, é importante verificar sinais de doenças sistêmicas. Deve-se realizar inspeção da coluna, marcha e pesquisar atrofia muscular e alterações no exame neurológico. No exame neurológico, avaliar tônus, força, reflexos tendinosos e trofismo muscular.

A prova de elevação das pernas estendidas com o paciente em posição supina (Laségue) deve ser realizada. Consideramos positiva quando a elevação inferior a 60° reproduz ou exacerba os sintomas de ciatalgia, com dor intensa e superficial irradiada abaixo do joelho.

Os exames complementares (laboratório e exames de imagem) serão necessários quando houver presença de sinais de alerta.

Vamos conferir agora as formas de tratamento. O tratamento envolve medidas farmacológicas e não farmacológicas. Acompanhe.

Para a **dor lombar aguda e subaguda**, o tratamento envolve medidas farmacológicas e não-farmacológicas.

Na fase aguda, recomenda-se retorno breve e gradual às atividades laborais habituais e proscrição de repouso no leito ou exercícios nesta fase. Nos casos de dor leve, o analgésico acetaminofen é uma alternativa. Para dores moderadas ou acompanhadas de ciatalgia, os anti-inflamatórios não-hormonais (AINH) são a melhor opção. Pode se associar AINH e acetaminofen com o aumento da analgesia, visto que agem em mecanismos diferentes. Relaxantes musculares podem ser empregados, mas a sua associação com AINH não encontrou aumento no alívio da dor.

Fortes evidências apontam que a fisioterapia é inefetiva no tratamento da dor lombar aguda. Pacientes com dor lombar aguda podem obter analgesia com compressas frias ou quentes.

Na **dor lombar crônica**, a meta do tratamento é aliviar a dor e reabilitação funcional do paciente. Ou seja, permitir que retorne as suas atividades diárias sem limitação.

O tratamento medicamentoso pode ser iniciado com acetaminofen associado à AINH. Caso a resposta a este tratamento for fraca, pode-se fazer uso do tramadol. O tramadol é um analgésico opioide fraco e também com atividade de aumento da recaptção de serotonina. Os relaxantes musculares produzem alívio da dor no uso por pequeno período, mas não há evidência de melhora da analgesia no uso a

longo prazo. Antidepressivos e medicamentos anticonvulsivantes não auxiliam no alívio da dor lombar crônica. A amitriptilina, no entanto, mostrou benefício no alívio da dor e pode ser associada a medicações analgésicas.

A fisioterapia com fortalecimento dos grupos musculares alivia a dor e melhora o estado funcional de pacientes com dor lombar crônica. Também é importante ressaltar que dados publicados sobre a acupuntura na dor lombar crônica ainda são insuficientes para comprovar seu benefício.

5.5.2 Osteoartrose

A osteoartrose é doença articular crônica que tem importante impacto na qualidade de vida dos indivíduos. É um motivo frequente de busca por atendimento na atenção primária à saúde. Assim, o MFC deve ter habilidade no diagnóstico e no manejo desta doença.

Como você maneja a osteoartrose? O tratamento não-farmacológico tem benefício? Quais as articulações mais frequentemente envolvidas?



Saiba Mais

Aprofunde lendo:

DUNCAN, B. B; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.) **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseadas em evidências. Porto Alegre: Artmed, 2004.

A osteoartrose tem sua prevalência aumentada com a idade. Acomete mais o sexo feminino. A obesidade é um dos fatores importantes no desenvolvimento da osteoartrose tanto nas articulações que suportam peso quanto na articulação da mão. A perda de peso tem grande relevância na melhora dos sintomas de osteoartrose.

A manifestação clínica da osteoartrose se caracteriza por dor insidiosa de uma ou mais articulações que piora com a atividade e melhora com o repouso. Não existem sintomas sistêmicos. A dor

pode ser acompanhada de rigidez matinal ou ao longo do dia, porém sua duração é inferior a 30 minutos.

As articulações afetadas são: mão, joelho, quadril, coluna lombar e cervical, articulações interfalângicas distais e proximais, articulação carpo metacárpica do polegar.

No exame físico, as seguintes alterações podem ser observadas:

- a) dor à palpação da articulação afetada;
- b) hipertrofia óssea;
- c) limitação da amplitude do movimento articular;
- d) crepitação;
- e) desalinhamento;
- f) instabilidade;
- g) perda da função articular.

Outros sinais no exame físico são a hipertrofia óssea localizada na articulação interfalângica distal (nódulo de Heberden) ou da interfalângica proximal (nódulo de Bouchard). Na osteoartrose de joelho, em casos avançados, podemos observar o genu-varus. Em pacientes com osteoartrite cervical, os osteófitos podem estreitar o forame neural com compressão nervosa e radiculopatia cervical (parestesia e dor). A osteoartrose na coluna lombar pode provocar ciática e, se há estenose do canal medular por **espondilose⁷**, pode provocar claudicação neurológica: dor lombar associada à deambulação e irradiada para membros inferiores.

Espondilose-osteófitos na 7
apófise lombar

O diagnóstico da osteoartrose é clínico. A radiografia pode auxiliar nos casos em que o diagnóstico é duvidoso. Lembrar que é sempre útil realizar a radiografia da articulação acometida e seu par para comparação. Os achados radiológicos comuns na osteoartrose são:

- a) diminuição do espaço articular;
- b) esclerose óssea subcondral;

- c) osteófitos marginais;
- d) cistos subcondrais;
- e) corpos intra-articulares;
- f) subluxação e deformidade articular.

Agora que vimos como diagnosticar a osteoartrose, vamos conferir os tratamentos possíveis e indicados. Acompanhe.

Os principais objetivos do tratamento da osteoartrose são: diminuir a dor, melhorar a função articular e limitar a incapacidade física.

Existe evidência que a diminuição do peso e os exercícios físicos aeróbicos de baixo impacto diminuem a dor e a incapacidade funcional da articulação.

A fisioterapia pode diminuir a dor e melhorar a capacidade funcional articular dos portadores de osteoartrose.

O Acetaminofen (paracetamol) na dose de 1g a cada 06 horas é o medicamento de escolha no início do tratamento da osteoartrose. O tramadol é um analgésico mais potente e pode ser uma escolha na falha do uso de Paracetamol. Geralmente reserva-se o tramadol para casos graves e que não respondem a outras medidas.

Os anti-inflamatórios não-hormonais (AINH) são eficazes no tratamento da osteoartrose, porém seu uso prolongado produz potencialmente sintomas gástricos e renais.

As chamadas drogas modificadoras da evolução da doença têm benefício limitado, segundo ensaios clínicos. Há, portanto, controvérsia no uso de glicosamina e condroitina no manejo da osteoartrose.

Os procedimentos cirúrgicos são indicados para os pacientes que não tiveram resposta adequada ao tratamento convencional e permanecem com dor ou incapacidade severa.

SÍNTESE DA UNIDADE

Nesta etapa, aprofundamos conhecimentos sobre as doenças crônicas: a hipertensão arterial sistêmica, o *Diabetes Mellitus* tipo II, a prevenção de eventos cardíacos isquêmicos e a doença pulmonar obstrutiva crônica. É na Atenção Primária à Saúde que grande parte desses problemas é acompanhada. Como existe uma alta prevalência de problemas crônicos na população adulta brasileira e devido ao fato de tais doenças se caracterizem por ter longa evolução, há a necessidade de acompanhamento sistemático por toda equipe de saúde. O médico de saúde da família e comunidade deve estar atento a todos os fatos.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília, 2006a. (Cadernos de Atenção Básica, 15).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Prevenção clínica de doenças cardiovasculares, cerebrovasculares e renais**. Brasília, 2006b. (Cadernos de Atenção Básica, 14).

DUNCAN, B. B. et al (Org.). **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

THE GLOBAL Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD). Disponível em: <<http://www.goldcopd.com/>>. Acesso em: 7 jul. 2010.

CECIN HA, MOLINAR MHC, LOPES MAB, MORICKCHI M, FREIRE M, BICHUETTI JAN. **Dor lombar e trabalho: um estudo sobre a prevalência de lombalgia e lombociatalgia em diferentes grupos ocupacionais**. Rev Bras Reumatol, 1991.

KNOPLICH J. **Enfermidades da coluna vertebral**. 2ª ed. São Paulo: Panamed, 1986.

BERNARD C. **Lombalgia e lombociatalgias em medicina ocupacional**. Revista Brasileira de Medicina, 1993.

UNIDADE 6

MÓDULO 7

6 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 de ver o que é esse papel, agora diante das doenças transmissíveis. Bom proveito!

6.1 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, ou seja, tem um agente vivo envolvido.

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), e 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>. 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, deve-se também 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 (suscetibilidade, 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 transmissíveis, 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.

6.2 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. 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.

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 (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.

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.



Saiba Mais

A leitura complementar pode ser importante:.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST.** Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 18).

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

6.3 Abordagem Clínica

Os sintomas mais frequentes são:

- l) tosse com expectoração há pelo menos 3 semanas;
- m) febre vespertina;
- n) suor noturno;
- o) perda de peso;
- p) escarro hemoptóico;
- q) dor torácica.

O diagnóstico de Tuberculose nem sempre é uma tarefa fácil. O exame inicial de fácil execução e que identifica cerca de 70% dos casos é a pesquisa do Bacilo Álcool Acido Resistente no Escarro (BAAR).

Você sabe como deve ser coletado o escarro para o exame?

- a) Devem se solicitar duas amostras. A primeira no momento em que o usuário procura a ULS e a segunda no dia seguinte pela manhã, após lavar a boca (não escovar os dentes) e inspirar profundamente, tossir expectorando no recipiente;
- b) A boa amostra é aquela composta de secreção da árvore brônquica e não de secreção da faringe, nasal ou saliva;
- c) Identificar o recipiente de coleta com o nome do paciente e data;
- d) O material coletado deve seguir para análise de preferência no mesmo dia da coleta e até a chegada do transporte deve ficar na geladeira.

Outros exames:

Cultura para pesquisa de BAAR: deve ser solicitado para aqueles com suspeita de tb pulmonar e bacterioscopia do escarro negativa, suspeita de resistência bacteriana às drogas (avaliar sensibilidade às drogas) e nos pacientes portadores de Aids com suspeita de infecção por outra microbactéria;

Radiografia de Tórax: auxilia no diagnóstico e acompanhamento dos casos com escarro positivo (acompanha regressão da lesão durante tratamento). Os achados mais frequentes e sugestivos de tb pulmonar são as cavitações mais frequentes nos segmentos ápico-posteriores dos lobos superiores ou superiores dos lobos inferiores e apresentam-se em 40% a 45% dos casos;

Prova Tuberculínica-PPD: a prova tuberculínica é indicada como método auxiliar no diagnóstico da tuberculose. Pessoa reatora ao teste isoladamente é um indicativo tão somente da presença de infecção, não sendo suficiente para o diagnóstico da doença tuberculose.

0 a 4 mm: não reator - indivíduo não infectado pelo M. tuberculosis ou com hipersensibilidade reduzida;

5 a 9 mm: reator fraco - indivíduo infectado pelo M. tuberculosis ou por outras micobactérias;

10 mm ou mais: reator forte - indivíduo infectado pelo M. tuberculosis, que pode estar ou não doente, e indivíduos vacinados com BCG nos últimos dois anos.

É importante ressaltar que todo indivíduo diagnosticado de Tuberculose deve ser investigado para coinfeção pelo HIV.

Tratamento:

Uma das principais causas de resistência bacteriana do M. tuberculosis é a não adesão ao tratamento. Vocês já devem ter acompanhado alguns casos em que o usuário inicia o tratamento e dentro de aproximadamente 1 mês sente-se bem (volta ganhar peso, melhora da tosse e estado geral) e para com a medicação. Então salientamos aqui a importância do trabalho em equipe, educação e acompanhamento dos portadores de Tuberculose pulmonar. E quando necessário, o tratamento supervisionado, ou seja, a administração da medicação pela equipe diariamente.

O tratamento da Tuberculose pulmonar tem duração de 06 meses. O esquema terapêutico básico é Rifampicina(R) + Hidrazida(H) + Pirazinamida(Z). Também conhecido como RHZ⁶.

⁶ O RHZ é utilizado como escolha para casos novos de todas as formas de tuberculose pulmonar e extrapulmonar, com exceção de meningite tuberculosa.

A primeira fase do tratamento consiste em RHZ por dois meses, e a segunda fase consiste em RH por quatro meses. Os fármacos devem ser administrados em jejum, em uma única dose.

A estratégia *Directly Observed Therapy Supervised* (DOTS), busca ativa e acompanhamento é o instrumento básico da Equipe de Saúde da Família e encontra-se em implantação pelo Ministério da Saúde.



Saiba Mais

Leia sobre a estratégia DOTS:

http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=21446

A rifampicina interfere na ação dos contraceptivos orais, devendo as mulheres em idade fértil, em uso dessas drogas, receberem orientação para utilizar outros métodos anticoncepcionais.

É importante a realização de consulta pela equipe e baciloscopia mensal para controle do tratamento.

Devem ser encaminhados para Unidade de Referência (pneumologia ou infectologia) os seguintes casos:

- a) quando houver antecedentes ou evidências clínicas de hepatopatia aguda (hepatite) ou crônica (cirrose, hepatopatia alcoólica);
- b) se o paciente está vivendo com HIV/Aids;
- c) quando houver antecedentes ou evidências clínicas de nefropatias (insuficiência renal crônica, pacientes em regime de diálise).

6.4 Pneumonia Comunitária no Adulto

A pneumonia ainda é uma causa importante de morbidade e internações hospitalares. Que tal pesquisar qual a morbidade hospitalar e a mortalidade por pneumonia no seu município? Estes dados são obtidos através do SIAH-SUS e SIM.

A pneumonia comunitária pode ser definida como a infecção do parênquima pulmonar e indivíduos que estão fora do ambiente hospitalar.

O agente mais frequentemente identificado nas pneumonias comunitárias é o *S. pneumoniae*. Outros agentes causadores de pneumonia comunitária são o *Haemophilus influenzae*, *Mycoplasma pneumoniae* e *Clamidia sp*, entretanto em menor frequência que o pneumococo.

Não existe sinal ou sintoma que isoladamente confirme ou afaste o diagnóstico de pneumonia. O diagnóstico de pneumonia deve ser considerado nos pacientes com sintomas respiratórios de tosse, expectoração e/ou dispnéia, sobretudo se acompanhado de febre e sinais de consolidação à ausculta pulmonar (estertores, diminuição do MV...).

A radiografia de tórax tem papel significativo, especialmente para avaliar a gravidade do caso. Se há comprometimento de mais de um lobo, lesões bilaterais ou rapidamente progressivas, derrame pleural de moderado ou grande volume e necrose do parênquima, são sinais indicativos de gravidades que, junto com quadro clínico, podem levar a decisão de internação hospitalar. Na pneumonia típica, o achado mais comum é o consolidado pulmonar, enquanto que nas atípicas, existe infiltrado pulmonar difuso.

No âmbito da Atenção Primária à Saúde, a realização do diagnóstico etiológico é limitada pelo acesso aos exames necessários. Assim, na maioria das vezes, o tratamento instituído é empírico (sem determinação do agente etiológico). Ao escolher o antibiótico, deve-se levar em conta os microorganismos mais prováveis, fatores de riscos individuais e perfil microbiológico da comunidade.

Os consensos americanos colocam como primeira escolha para o tratamento ambulatorial de pneumonia em indivíduos sem comorbidades os antibióticos macrolídeos, fluoroquinolonas ou doxaciлина. Como alternativa, colocam a Amoxicilina + Clavulanato, Cefuroxima e Cefzopril. O consenso europeu recomenda

Amoxicilina na dose de 500mg a 1g a cada 08 horas para o tratamento ambulatorial. O consenso brasileiro indica o macrolídeo ou fluorquinolona como primeira escolha para pacientes ambulatoriais e a amoxicilina como alternativa.

A duração do tratamento é de 7 a 10 dias. Uma avaliação 48 horas após o início do antibiótico deve ser realizada para avaliar a necessidade de hospitalização.

Todos os consensos recomendam as fluoroquinolonas antipneumocócicas para os pacientes com fator de risco ou doenças associadas.

O antibiótico deve ser iniciado em 8 horas após o diagnóstico, pois esta medida diminui a mortalidade.

Quando hospitalizar paciente com pneumonia comunitária?

Existe um instrumento que classifica o risco de mortalidade dos pacientes por pneumonia através de um escore e pode ser utilizado na decisão de manejo ambulatorial ou hospitalar da pneumonia comunitária. Este índice é bastante consolidado e utilizado. Veja nos quadros 13 e 14 abaixo.

	PONTOS
Sexo Masculino	Idade
Sexo Feminino	Idade -10
Paciente institucionalizado	+10
Doença neoplásica	+30
Doença hepática	+20
Insuficiência cardíaca	+10
Doença cerebrovascular	+10
Doença renal	+10
Confusão mental	+20
Frequência respiratória maior que 30mm	+20
Pressão arterial sistólica menor que 90mmHg	+20
Temperatura menor que 35 ou maior que 40oC	+15
Frequência cardíaca maior que 125	+10
pH menor que 7,35	+30
Ureia maior ou igual a 30	+20
Sódio menor que 130	+20
Glicose maior que 250	+10
Hematócrito menor que 30%	+10
PaO2 menor que 60 e saturação de O2 menor que 90%	+10
Derrame pleural	+10
Total de pontos	

Quadro 13: Classificação de risco de mortalidade por pneumonia:

Fonte: DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2004.

6.5 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.

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 saúde 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.

6.6 Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS

Atualmente, alguns autores ⁷ 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'.

As *Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST)*⁷ são conhecidas desde a antiguidade e estão entre os problemas de saúde pública mais comuns em todo o mundo, sendo apontadas entre as dez principais causas de procura por serviços de saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (TEMPORÃO, 2008a, 2008b).

A AIDS, uma das 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.

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.

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 60 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. Consequentemente, 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,

Abordagem Inicial do Adulto Infectado Pelo HIV

A abordagem inicial deve reforçar o vínculo e o fortalecimento da relação médico-paciente. A anamnese deve ser realizada com especial atenção aos pontos apresentados no quadro 14 a seguir. Além disto, é aconselhado realizar avaliação do risco cardiovascular através do escore de Framingham. Esta avaliação se justifica, pois com o uso da TARV há aumento do risco de eventos cardiovasculares.

NECESSIDADES E INFORMAÇÕES PARA O MANEJO	ASPECTOS A SEREM ABORDADOS
Reação emocional ao diagnóstico	Avaliar o apoio familiar e social.
Informações específicas sobre a infecção pelo HIV	Revisar a data do primeiro exame anti-HIV Documentação do teste; Tempo provável de soropositividade; Situações de risco para infecção; Presença ou história de doenças oportunistas; Contagem de CD4+ ou carga viral anterior; Uso anterior de TARV* e eventos adversos prévios; Compreensão acerca da doença: explicação sobre; transmissão, história natural, significado da contagem CD4+, carga viral e TARV.
Abordagem do risco	Vida sexual; Utilização de preservativos; História de sífilis e outras DST; Abuso de tabaco, álcool e outras drogas; Uso injetável de drogas; Interesse em reduzir os danos à saúde.
História médica atual e passada	História de doença mental; História de tuberculose: PPD, doença e tratamento; Outras doenças; Hospitalização; Uso de práticas complementares e/ou alternativas.
História reprodutiva	Desejo de ter filhos; Métodos contraceptivos.
História social	Discutir a rede de apoio social (família, amigos, ONG); Condições de domicílio; Condições de alimentação; Emprego; Aspectos legais.
História social	Discutir a rede de apoio social (família, amigos, ONG); Condições de domicílio; Condições de alimentação; Emprego; Aspectos legais.
História familiar	Doenças cardiovasculares; Dislipidemias; Diabetes.

Quadro 14: Necessidades e informações para o manejo

Fonte: Brasil, 2008b.

No exame físico, deve se ter atenção para sinais da manifestação física da doença pelo HIV. O quadro 15 abaixo destaca alguns destes sinais no exame físico geral dos pacientes.

SISTEMAS COMUMENTE ASSOCIADOS A MANIFESTAÇÕES DA INFECÇÃO PELO HIV NO EXAME INICIAL, EM PACIENTES ASSINTOMÁTICOS.

Órgãos e sistemas	Orientações/manifestações associadas.
Pele	Pesquisar sinais de dermatite seborreica, foliculite, micose cutânea, molusco contagioso, Sarcoma de Kaposi.
Cabeça e Pescoço	Realizar, sempre que possível fundoscopia quando CD4 < 200. Na orofaringe, pesquisar candidíase oral e/ou leucoplasia pilosa.
Linfonodos	Pesquisar linfadenopatias.
Abdome	Pesquisar hepatomegalia ou esplenomegalia.
Neurológico	Pesquisar sinais focais e avaliar estado cognitivo.
Genital, Anal e Perianal.	Examinar a região, pesquisando corrimento, úlceras e verrugas (HPV).

Quadro 15: Sistemas comumente associados a manifestações da infecção pelo HIV no exame inicial, em pacientes assintomáticos

Fonte: Brasil, 2008b.

Neste primeiro encontro, devem ser solicitados exames laboratoriais. A contagem de linfócitos T CD4+ estabelece o risco de progressão para Aids. É o marcador mais importante para definir início de TARV. A carga viral deve ser solicitada quando a contagem de linfócitos T CD 4+ estiver próxima a 350 para estimar velocidade de deteriorização imunológica e aprazamento das novas solicitações de contagem de linfócitos T CD 4 +.

O PPD é importante marcador para o desenvolvimento de tuberculose em indivíduos HIV positivos. Deve ser solicitado, e quando negativo, solicitado anualmente a fim de orientar quimioprofilaxia com isoniaziada.

O quadro 16 a seguir foi adaptado das Recomendações para Terapia Antirretroviral em Adultos infectados pelo HIV de 2008 produzida pelo Ministério da Saúde. Mostra os exames que devem ser solicitados e sua periodicidade.

EXAMES LABORATORIAIS INICIAIS E PERIODICIDADE PARA PACIENTES ASSINTOMÁTICOS

EXAME	INICIAL	PERIODICIDADE	COMENTÁRIO
Hemograma	SIM	Repetir a cada 3–6 meses.	Repetir com maior frequência em sintomáticos ou quando em uso de drogas mielotóxicas.
Contagem linfócitos T CD4+	SIM	Repetir a cada 3–6 meses.	Repetir quando valores discrepantes e com maior frequência quando há tendência à queda.
Carga viral	SIM	Repetir quando Linfócitos T-CD4 próximo a 350 células.	A CV auxilia a decisão de iniciar TARV em pacientes assintomáticos com contagens de linfócitos T- CD4 entre 350 e 200 cels/mm3.
Função renal e hepática	SIM	Repetir 1 x ao ano	Repetição com maior frequência em pacientes em tratamento.
Exame básico de urina	SIM	-	Pesquisa de proteinúria associada ao HIV
Parasitológico de fezes	SIM	-	-
Citopatológico colo uterino	SIM	Repetir a cada 6 meses.	Se normal, repetição anual.
Citopatológico anal	CONSIDERAR	-	Pessoas que tenham prática receptiva anal. Está relacionado com presença de HPV.
PPD	SIM	Repetir anualmente, caso o inicial seja não-reator.	Nos casos com história de contato com tuberculose ou anteriormente PPD > 5mm, já está indicada a quimioprofilaxia, não sendo, portanto, necessário realizar o PPD.

Anti-HVA	OPCIONAL	-	Triagem somente para candidatos à vacina.
EXAMES LABORATORIAIS INICIAIS E PERIODICIDADE PARA PACIENTES ASSINTOMÁTICOS			
HbsAg e anti Hbc	SIM	-	Indicar vacina caso sejam negativos.
Anti-HCV	SIM	-	Repetir anualmente em pessoas com exposição.
VDRL	SIM	Repetir anualmente em pessoas sexualmente ativas.	-
Rx de Tórax	SIM	-	Cicatriz de tb sem tratamento prévio indica profilaxia com INH.
IGG para Toxoplasmose	SIM	Repetir anualmente, caso negativo.	-
Sorologia para HTLV I e II	CONSIDERAR	-	Apenas em pacientes com manifestações neurológicas sugestivas e/ou quando CD4 elevado e discrepante.
Sorologia para Chagas	SIM	-	Pacientes oriundos de área endêmica.
Perfil lipídico	SIM	Repetir pré-tratamento para monitorar dislipidemia.	-
Glicemia de jejum	SIM	Repetir a cada 3-4 meses para pacientes em TARV.	-

Quadro 16: Exames laboratoriais iniciais e periodicidade para pacientes assintomáticos

Fonte: Brasil, 2008b.

Imunizações em portadores de HIV

As imunizações podem ser realizadas em portadores de HIV desde que não apresentem déficit imunológico importante. Aqueles que apresentam contagem de linfócitos T CD 4 + superior a 350 podem ser vacinados. Com a instituição de Terapia Antirretroviral e recuperação imunológica, os indivíduos podem ser vacinados. Esta medida melhora a resposta à vacina e diminui a incidência de eventos

pós-vacinais. O esquema básico de vacina para adultos infectados por HIV está exposto no quadro abaixo. É muito importante o médico de família estar familiarizado com este esquema para orientar e aconselhar seus pacientes (Quadro 17).

ESQUEMA VACINAL PARA ADOLESCENTES > 13 ANOS E ADULTOS INFECTADOS COM HIV	
VACINA	ESQUEMA
Hib	Duas doses com intervalo de dois meses nos menores de 19 anos não vacinados.
Varicela	Não há dados que respaldem seu uso de rotina em adultos e adolescentes HIV+ suscetíveis à varicela. Avaliar risco/benefício individual conforme situação imunológica.
Febre amarela	Avaliar risco/benefício individual conforme situação imunológica e epidemiológica da região e, se necessário, aplicar.
DT	Três doses (0, 2, 4 meses) e reforço a cada 10 anos; gestantes devem seguir o calendário habitual.
Hepatite A	Para todos os indivíduos suscetíveis à hepatite A (anti-HAV negativo) portadores de hepatopatia crônica, incluindo portadores crônicos do vírus da hepatite B e/ou C. Vacina contra hepatite A duas doses (0 e 6 meses).

Quadro 17: Esquema vacinal para adolescentes > 13 anos e adultos infectados com HIV

Fonte: Brasil, 2008b.

Tratamento

A grande dúvida na instituição da TARV é quando começar? Que medicações iniciar?

Com o passar dos anos e inúmeras pesquisas sobre o vírus HIV o momento de instituição e esquemas terapêuticos foram se modificando. Falaremos do que se considera hoje e utilizamos como referência as Recomendações para tratamento publicado em 2008 pelo Ministério da Saúde.

Em indivíduos assintomáticos com contagem de linfócitos T CD4 + acima de 350/mm³, não está recomendado o início de TARV. Nesta situação, os benefícios da TARV não estão claros quando comparados aos riscos potenciais da TARV.

O início do tratamento em assintomáticos é recomendado para aqueles com contagem de linfócitos T CD4 + entre 200 e 350/mm³. Quanto mais próximo de 200 a contagem de CD4+, maior a possibilidade de progressão para Aids, especialmente se carga viral elevada.

Nos indivíduos com contagem de linfócitos T CD4 + inferior a 200 deve-se instituir o tratamento e também a quimioprofilaxia. Também na presença de sintomas ou doença definidora de Aids, deve-se iniciar tratamento e quimioprofilaxia.

DOENÇAS DEFINIDORAS DE Aids:

Candidíase de esôfago, traqueia, brônquios ou pulmões;
Carcinoma cervical invasivo;
Criptococose extrapulmonar
Criptosporídiase com diarreia, persistente, por mais de um mês;
Doença por Citomegalovírus de um órgão que não seja o fígado, o baço, ou linfonodos.
Histoplasmose extrapulmonar ou disseminada;
Infecção pelo herpes simples, com acometimento mucocutâneo, por mais um de mês, ou visceral de qualquer duração;
Isosporíase com diarreia persistente;
Leishmaniose visceral em adulto;
Leucoencefalopatia multifocal progressiva;
Micobacteriose atípica disseminada;
Linfoma primário de cérebro;
Outros linfomas não-Hodkin de cels B;
Pneumonia por Pneumocystis jiroveci;
Reativação de doença de Chagas;
Sarcoma de Kaposi;
Sepse recorrente por Salmonella;
Toxoplasmose cerebral;
Tuberculose miliar, extrapulmonar ou disseminada.

Em situações excepcionais em que não há possibilidade de se realizar contagem de linfócitos TCD4+, a introdução de terapia antirretroviral e de quimioprofilaxias para infecções oportunistas deve ser considerada mesmo para pacientes assintomáticos, quando o total de linfócitos estiver abaixo de 1.200/mm³ no hemograma, especialmente se a dosagem de hemoglobina estiver abaixo de 13 g/dl.

Como iniciar o tratamento?

Ao escolher o esquema antirretroviral, deve-se levar em conta os seguintes critérios:

- a) potencial de adesão ao regime prescrito;
- b) potencial de toxicidade imediata e em longo prazo;
- c) presença de co-morbidades;
- d) uso concomitante de outros medicamentos;
- e) adequação do esquema à rotina de vida do paciente;
- f) interação com alimentos; e
- g) custo dos medicamentos.

A terapia antirretroviral deve conter 3 drogas: dois inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos (ITRN) associado a um inibidor da transcriptase reversa não-análogos de nucleosídeos (ITRNN) ou a um inibidor da protease reforçado com ritonavir (IP/r). Os dois esquemas possuem a mesma equivalência terapêutica. Porém, esquemas que associam ITRN + ITRNN são de posologia mais simples, o que facilita a adesão. Assim, a Recomendação do Ministério da Saúde é iniciar com ITRN + ITRNN em pacientes virgens de tratamento e os esquemas que associam ITRN + IP/r ficam como alternativos.

O AZT/3TC(zidovudina/lamivudina) é a dupla de ITRN de escolha para iniciar a TARV em conjunto com o Efavirenz (EFZ) como ITRNN.

Até onde o Médico de Família dá seguimento ao tratamento? Entendemos que todo o MFC deve ser capaz de instituir o primeiro tratamento antirretroviral. Conforme a organização do sistema de saúde local, ele dará seguimento ou não à TARV.

Abaixo, no quadro 18, listamos as principais medicações envolvidas na TARV e seus efeitos colaterais que fazem parte do escopo de demandas dos usuários em TARV na atenção primária à saúde.

PRINCIPAIS EFEITOS COLATERAIS DAS MEDICAÇÕES MAIS UTILIZADAS NO TRATAMENTO HIV/AIDS	
AZT ou zidovudina	Principal efeito é a mielotoxicidade, provocando anemia e neutropenia. Efeitos gastrointestinais são relativamente comuns e de fácil manejo.
3TC ou lamivudina	Raramente é envolvida em efeitos adversos
ABC ou abacavir	Pode provocar hipersensibilidade com febre, sintomas respiratórios ou gastrointestinais. Quando ocorre, a droga não deve ser reintroduzida, pois há risco de quadro fatal.
ddl ou didanosina	Intolerância gastrointestinal (diarreia, náuseas e vômitos), pancreatite, neuropatia periférica, acidose láctica e lipoatrofia. Vetada em gestantes.
TDF ou tenofovir	Boa tolerância. Raramente provoca insuf renal.
EFZ ou efavirenz	Rash cutâneo. Reações mais graves podem ocorrer, inclusive a Sdr de Steven Johnson. Pode provocar efeitos neurológicos que se apresentam como sonolência, insônia, sonhos vívidos e pesadelos. Esses efeitos podem ser leves, moderados ou graves.
NVP ou nevirapina	O exantema é mais comum do que com EFZ e pode ser mais grave. Elevações das enzimas hepáticas e hepatite também ocorrem.
LPVr ou lopinavi/ ritonavir	Intolerância gastrointestinal, parestesias periorais e de extremidade, aumento das enzimas hepáticas, dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.
ATVr ou atazanavir/ritonavir	Hiperbilirrubinemia à custa de bilirrubina direta pode ocorrer, mas geralmente não leva à necessidade de troca. Risco de distúrbio condução cardíaca é evento mais raro.
NFV ou nelfinavir	Diarreia e como os outros inibidores da protease provocam eventos metabólicos como dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.
SQVr ou saquinavir/ritonavir	A principal desvantagem é o levado número de comprimidos. E como os outros inibidores da protease provocam eventos metabólicos como dislipidemia, lipodistrofia, hiperglicemia e diabetes.

Quadro 18: Principais efeitos colaterais das medicações mais utilizadas no tratamento HIV/AIDS

Fonte: Brasil, 2008b.

Profilaxia de Infecções Oportunistas

A prevenção de infecção oportunista em pacientes portadores de HIV é medida de bastante efetividade que reduz a morbidade e a mortalidade. O médico de família deve instituir a quimioprofilaxia nas situações expostas no quadro 19 abaixo.

QUIMIOPROFILAXIA PARA DOENÇAS OPORTUNISTAS EM IMUNOSSUPRIMIDOS	
Pneumocystis jiroveci (CD4<200)	Sulfametoxazol + Trimetropin 800/160 1cp/dia
Toxoplasma gondii (CD4< 100)	Sulfametoxazol + Trimetropin 800/160 1cp/dia
Mycobacterium tuberculosis (Pacientes com PPD≥ 5 mm ou história de contato com bacilífero ou Raio-X com cicatriz pulmonar)	Isoniazida (5-10 mg/kg/dia) máximo de 300 mg VO por dia + piridoxina 50 mg VO/dia, por seis meses.
Complexo Mycobacterium avium (CD4<50)	Azitromicina – 1200 mg VO por semana ou Claritromicina – 500 mg duas vezes por dia.

Quadro 19: Quimioprofilaxia para doenças oportunistas em imunossuprimidos

Fonte: Brasil, 2008b.



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>. 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 Humanizaus. Disponível em: <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.

Recomendamos que aqueles que não têm rede de referência para o tratamento leiam na íntegra as recomendações para o tratamento do adulto portador de HIV no Portal sobre Aids, doenças sexualmente transmissíveis e hepatites virais do Ministério da Saúde:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Departamento de DST, Aids e hepatites virais**. Disponível em: <www.Aids.gov.br>. Acesso em: 7 jul. 2010.

SÍNTESE DA UNIDADE

Chegamos ao fim da Unidade 6 deste módulo. Nesta etapa, aprofundamos conhecimentos sobre as doenças transmissíveis e, dentre elas, destacamos as mais comuns: tuberculose, pneumonia e Aids. As doenças transmissíveis também fazem parte do dia a dia do médico da família e comunidade e geralmente os usuários vêm buscar um atendimento imediato para a resolução dos problemas. Nesse contexto, o médico deve ter a capacidade de identificar e manejar essas situações. Atente para esse fato! O papel do médico e da equipe de saúde é muito importante nesses casos.

REFERÊNCIAS

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>. 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. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília, 2006. (Cadernos de Atenção Básica, 18).

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV**. Brasília, 2008b.

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>. 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>. 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>. Acesso em: 11 mar. 2010c.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. R. J. (Org.) **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. Porto Alegre: Artmed, 2004.

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>. 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>. 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: <[ROCHA, M. M. Sífilis e AIDS. **Jornal Brasileiro de DST**, v. 14, n. 3, p. 29-33, 2002.](http://docs.google.com/viewer?a=v&q=cache:GXthBjAZDtkJ:tabnet.datasus.gov.br/cgi/idx2008/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+propor%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-SCy1S6HPbvbke6O-t_ClaLR1gnMmurHNzj1x5jkePYb0IsME0vIlB6gXW3924sBps-uuTzMq4RkAKHW3usA&sig=AHIEtbQfK7NFTvoBw6KiUk8R3gSVa1SVuw>. Acesso em: 10 maio 2010.</p></div><div data-bbox=)

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>. 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. Acesso em 14 jan. 2010.