

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM
LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM
DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



**MÓDULO VII: LINHAS DE CUIDADO: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS)
E DIABETES MELLITUS (DM)**



GOVERNO FEDERAL

Presidente da República Dilma Vana Rousseff

Ministro da Saúde Alexandre Padilha

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

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

Reitora Roselane Neckel

Vice-Reitora Lúcia Helena Pacheco

Pró-Reitora de Pós-Graduação Joana Maria Pedro

Pró-Reitor de Extensão Edison da Rosa

CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

Diretor Sérgio Fernando Torres de Freitas

Vice-Diretora Isabela de Carlos Back Giuliano

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

Chefe do Departamento Vera Radünz

Subchefe do Departamento Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

Coordenadora Vânia Marli Schubert Backes

Subcoordenadora Odaléa Maria Brüggemann

COMITÊ GESTOR

Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização Vânia Marli Shubert Backes

Coordenadora Didático-Pedagógica Kenya Schmidt Reibnitz

Coordenadora de Tutoria Lúcia Nazareth Amante

Coordenadora de EaD Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

Coordenadora de TCC Flávia Regina Souza Ramos

Coordenadoras Pólos Silvana Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

EQUIPE DE APOIO

Secretaria: Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

Tecnologia da Informação: Fábio Schmidt Reibnitz

AUTORAS

Ana Maria de Almeida

Betina H. S. Meirelles

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Leila Maria Marchi Alves

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Maria Lúcia Zanetti

Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues

Samara Suplici

Simone Mara Ferreira

REVISÃO TÉCNICA

Kenya Schmidt Reibnitz

© 2013 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

M7 - Linha de cuidado: Hipertensão Arterial Sistêmica e Diabetes Mellitus

S719c SOUZA, Ana Izabel Jatobá de

Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Introdução à saúde materna, neonatal e do lactente no contexto das redes de atenção à saúde / Ana Izabel Jatobá de Souza; Débora Falleiros de Mello; Flávia Azevedo Gomes; – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.

133 p.

ISBN: 978-85-88612-52-5

1. Saúde da Mulher. 2. Saúde da Criança. 3. Saúde sexual e reprodutiva.

CDU – 618,3

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL

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

Coordenação de Design Instrucional Andreia Mara Fiala

Design Instrucional Master Márcia Melo Bortolato

Design Instrucional Isabela C. G. de Oliveira

Revisão Textual Deise Joelen Tarouco de Freitas

Coordenação de Design Gráfico Giovana Schuelter

Design Gráfico Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

Design de Capa Rafaella Volkmann Paschoal

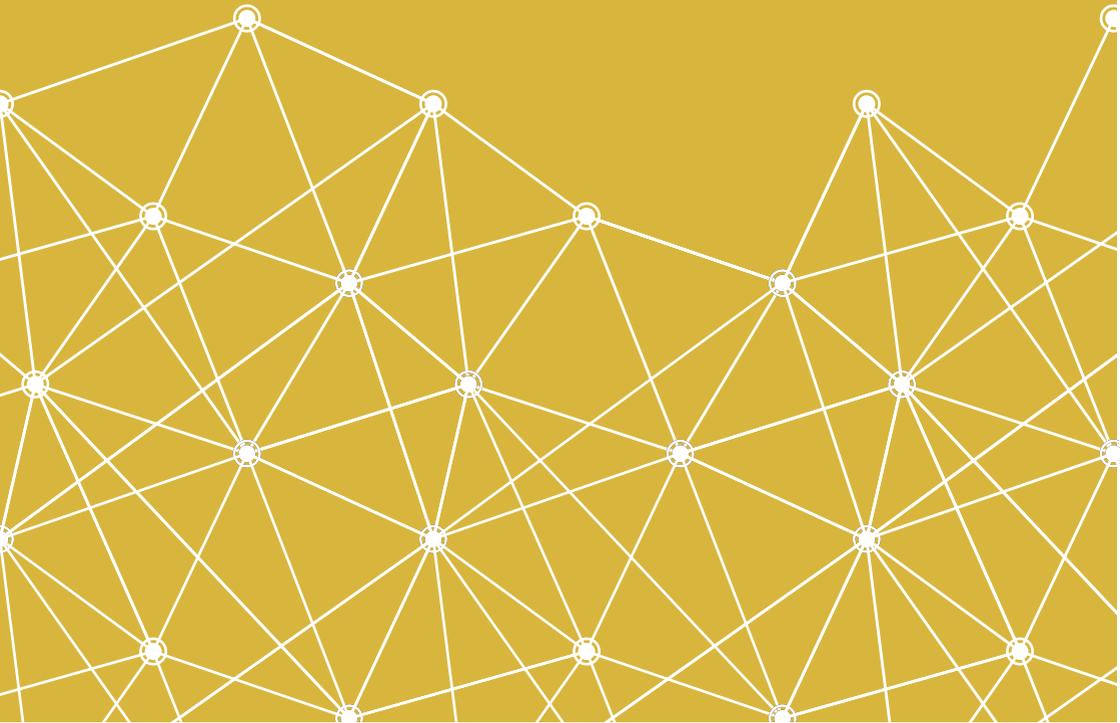
Projeto Editorial Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

MÓDULO VII

LINHAS DE CUIDADO: HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DIABETES MELLITUS (DM)



FLORIANÓPOLIS
2013

CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

Dando continuidade ao Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem - Doenças Crônicas Não Transmissíveis, apresentamos o Módulo VII, que focaliza as Linhas de Cuidado: Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM).

Objetivando contextualizar esta discussão, o módulo está organizado em nove Unidades inter-relacionadas e complementares, abordando as seguintes temáticas: acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro na atenção aos usuários com HAS e DM; atuação interdisciplinar na atenção à pessoa com HAS e DM; aspectos culturais e psicossociais do viver com doença crônica e a inserção da família como unidade de suporte ao cuidado em DCNT; fatores de risco específicos e detecção precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e Diabetes Mellitus (DM); terapêutica medicamentosa e não medicamentosa e metas de controle; complicações agudas e crônicas da HAS e DM e autocuidado, incluindo automonitorização dos parâmetros clínicos e terapêuticos; sistematização da assistência de enfermagem na atenção à pessoa com HAS e DM; protocolos e fluxo de atendimento na HAS e DM nos diferentes níveis de atenção; e finalmente os aspectos éticos envolvidos na questão.

As condições crônicas de saúde, dentre elas a HAS e o DM, que geram incapacidades e aumento da carga de doenças, estão presentes em nossa sociedade. Assim, surgem as perguntas: Como poderemos melhor enfrentar esta questão? Como prevenir, realizar rastreamento precoce e tratar estas condições? Frente à complexidade do manejo das doenças, quais os maiores desafios para nós, profissionais de saúde? Estas são inquietações que surgem no cotidiano de trabalho dos profissionais nos serviços de saúde.

Neste sentido, esperamos que ao final deste módulo você se sinta mais instrumentalizado para encontrar estas respostas e as estratégias a serem adotadas na sua realidade e melhorar a qualidade do seu cuidado na prevenção e controle das DCNT, sem esquecer a dimensão ética e as competências técnicas necessárias. Neste momento de qualificação, por meio do Curso de Especialização, esperamos contribuir com você para esta construção.

Desejo bons momentos de estudo e reflexão!

Ana Maria de Almeida, Dra.
Betina H. S. Meirelles, Dra.
Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva, Dra.
Leila Maria Marchi Alves, Dra.
Mara Ambrosina de Oliveira Vargas, Dra.
Maria Lúcia Zanetti, Dra.
Flávia Fernanda Luchetti Rodrigues, MSc.
Samara Suplici, MSc.
Simone Mara Ferreira, MSc.

Um trabalho tem sentido para uma pessoa quando ela o acha importante, útil e legítimo.
Edgar Morin

OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo, você será capaz de reconhecer o acolhimento, o vínculo e a responsabilização como estratégias para a integralidade do cuidado à pessoa com HAS e DM; reconhecer a sistematização da assistência de enfermagem como ferramenta para o cuidado; e refletir sobre as linhas de cuidado e sua aplicação na atenção à pessoa com HAS e DM, fundamentada nos protocolos clínicos específicos.

CARGA HORÁRIA

45 horas.

SUMÁRIO

UNIDADE 1 — ACOLHIMENTO, VÍNCULO E RESPONSABILIZAÇÃO DO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO AOS USUÁRIOS COM HIPERTENSÃO ARTERIAL E DIABETES <i>MELLITUS</i>.....	11
1.1 Introdução	11
1.2 Humanização da atenção aos usuários com HA e DM	12
1.2.1 Fundamentos básicos da humanização.....	14
1.2.2 Acolhimento.....	14
1.2.3 Vínculo.....	18
1.2.4 Responsabilização do enfermeiro	21
1.3 Resumo	23
1.4 Fechamento	23
1.5 Recomendação de leitura complementar	24
UNIDADE 2 — ATUAÇÃO INTERDISCIPLINAR NA ATENÇÃO À PESSOA COM HAS E DM.....	27
2.1 Introdução	27
2.2 Conceituando interdisciplinaridade em saúde	27
2.3 O diabetes <i>mellitus</i> e a hipertensão arterial como objetos interdisciplinares	34
2.4 Resumo	38
2.5 Fechamento	38
2.6 Recomendação de leitura complementar	39
UNIDADE 3 — ASPECTOS CULTURAIS E PSICOSSOCIAIS DO VIVER COM DOENÇA CRÔNICA E A INSERÇÃO DA FAMÍLIA COMO UNIDADE DE SUPORTE AO CUIDADO EM DCNT	41
3.1 Introdução	41
3.2 Aspectos culturais e psicossociais do viver com doença crônica	42
3.3 A Família como unidade de suporte ao cuidado.....	46
3.4 Resumo	55
3.5 Fechamento	55
3.6 Recomendação de leitura complementar	55

UNIDADE 4 — FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS E DETECÇÃO PRECOZE DA HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA (HAS) E DO DIABETES MELLITUS (DM).....57

4.1 Introdução	57
4.2 HAS e DM: desafio para o SUS e para a sociedade.....	58
4.2.1 Fatores de risco para a HAS ou o DM	59
4.2.2 Medidas de detecção precoce para HAS ou DM	72
4.3 Resumo	75
4.4 Fechamento	76
4.5 Recomendação de leitura complementar	76

UNIDADE 5 — TERAPÊUTICA MEDICAMENTOSA E NÃO MEDICAMENTOSA E METAS DE CONTROLE.....79

5.1 Introdução	79
5.2 Terapêutica não medicamentosa e medicamentosa.....	80
5.2.1 Terapêutica não medicamentosa	80
5.2.2 Terapêutica medicamentosa.....	82
5.3 Resumo	90
5.4 Fechamento	90
5.5 Recomendações de leitura complementar	91

UNIDADE 6 — COMPLICAÇÕES AGUDAS E CRÔNICAS DA HAS E DM. AUTOCUIDADO INCLUINDO AUTOMONITORIZAÇÃO DOS PARÂMETROS CLÍNICOS E TERAPÊUTICOS.....93

6.1 Introdução	93
6.2 Complicações agudas e crônicas da HAS e do DM.....	94
6.2.1 Complicações agudas da HAS.....	94
6.2.2 Urgência hipertensiva x Emergência hipertensiva	95
6.3 Complicações agudas do DM.....	99
6.3.1 Hipoglicemia x Hiperglicemia.....	99
6.4 Complicações crônicas do DM.....	103
6.4.1 Neuropatia.....	103
6.4.2 Nefropatia	104
6.4.3 Retinopatia.....	105
6.5 Autocuidado incluindo a automonitorização dos parâmetros clínicos e terapêuticos no controle da HAS e do DM.....	106
6.5.1 Ações de autocuidado	108
6.5.2 Automonitorização da glicemia	108
6.5.3 Autocuidado com os pés	110
6.5.4 Automonitorização da pressão arterial.....	111
6.6 Resumo	113
6.7 Fechamento	114
6.8 Recomendação de leitura complementar	114

UNIDADE 7 — SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À PESSOA COM HAS E DM 117

7.1 Introdução.....	117
7.2 Processo de enfermagem	119
7.2.1 Coleta de dados	120
7.2.2 Diagnóstico de Enfermagem	121
7.2.3 Planejamento de Enfermagem	123
7.2.4 Implementação	123
7.2.5 Avaliação	124
7.3 Resumo	127
7.4 Fechamento	127
7.5 Recomendação de leitura complementar	127

UNIDADE 8 — PROTOCOLOS E FLUXO DE ATENDIMENTO NA HAS E NO DM NOS DIFERENTES NÍVEIS DE ATENÇÃO 129

8.1 Introdução	129
8.2 Protocolo de cuidado em HAS e DM	131
8.2.1 Critérios diagnósticos para Hipertensão Arterial.....	134
8.2.2 Critérios diagnósticos do Diabetes <i>Mellitus</i>	135
8.3 Resumo	138
8.4 Fechamento	138
8.5 Recomendação de leitura complementar	139

UNIDADE 9 — ÉTICA EM SAÚDE — AUTONOMIA DO USUÁRIO COM DCNT..... 141

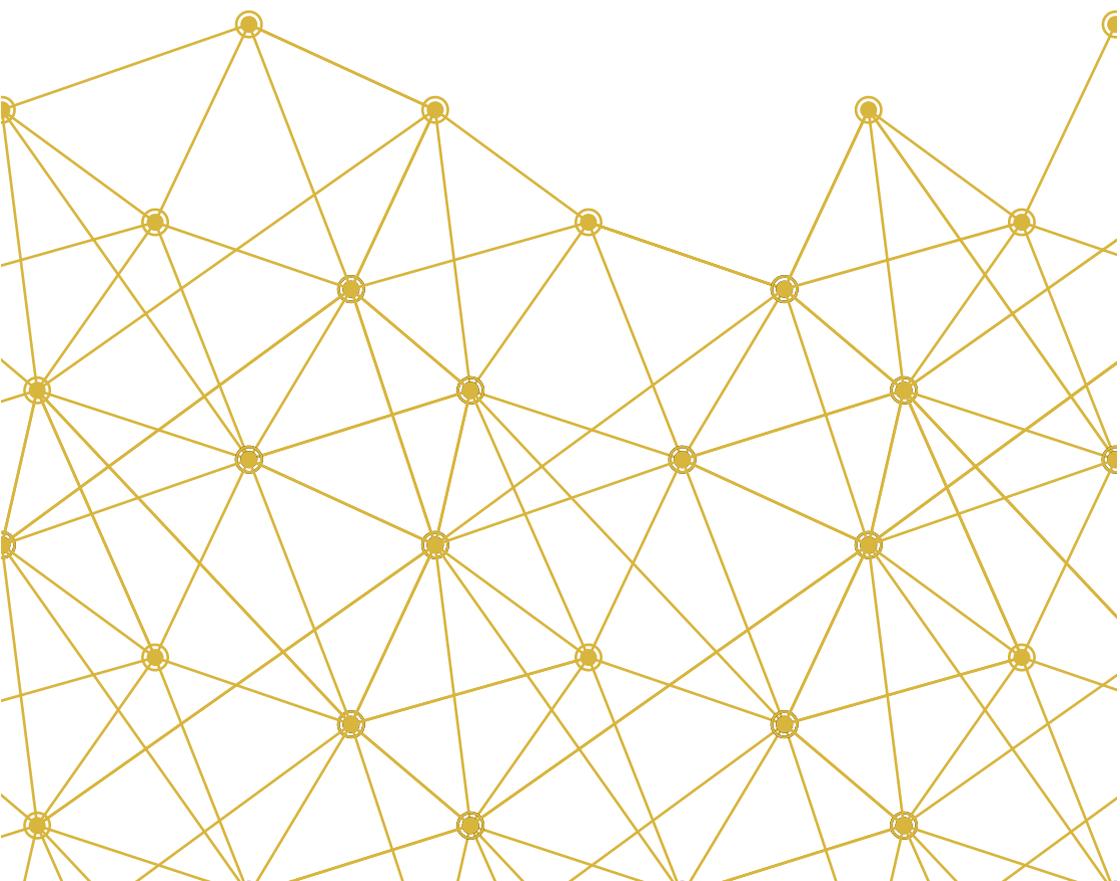
9.1 Introdução.....	141
9.2 Bioética Principlalista	141
9.2.1 Princípios Importantes no exercício da enfermagem	143
9.3 O Respeito à Autonomia	146
9.4 A Equidade em Saúde: condições de possibilidade do exercício da Autonomia.....	149
9.5 Resumo	152
9.6 Fechamento	153

ENCERRAMENTO DO MÓDULO 154

REFERÊNCIAS 155

MINICURRÍCULO DAS AUTORAS..... 166

UNIDADE 1



Unidade 1 – Acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro na atenção aos usuários com Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus

Ao final desta unidade, você será capaz de compreender o papel do enfermeiro na atenção humanizada à saúde aos usuários com Hipertensão Arterial (HA) e Diabetes Mellitus (DM) na atenção básica.

1.1 Introdução

Nesta unidade, estudaremos a humanização na atenção de enfermagem aos usuários com DM e HAS na perspectiva do estabelecimento do acolhimento e do vínculo. Isto incluirá a retomada da concepção da Clínica ampliada e a responsabilização do enfermeiro como integrante da equipe interdisciplinar.

Quando falamos de humanização estamos nos referindo à concepção contemplada na Política Nacional de Humanização (BRASIL, 2006), vista como um eixo básico e transversal na rede do SUS. Isto significa dizer que acolhimento e vínculo fazem parte do cotidiano da atenção à saúde e não são somente um conjunto de ações isoladas. Está também implícita nesta concepção, a centralidade dos usuários no processo de trabalho do enfermeiro, mas também a valorização dos profissionais da saúde (BRASIL, 2009). Vamos trabalhar esses conceitos de forma articulada com sua prática cotidiana, estimulando você a encontrar novas possibilidades ou fortalecer as atividades que já desenvolve.

Nesta unidade, desenvolveremos os seguintes assuntos:

- Humanização da atenção aos usuários com HAS e DM;
- Acolhimento: escuta e diálogo; aproximação; inclusão; resolução de problemas; acesso;
- Vínculo: confiança; horizontalidade das relações; respeito ao outro; resolubilidade; cooperação mútua; solidariedade;
- Responsabilização do enfermeiro: inserção na comunidade; permanência na comunidade; articulação com outros serviços; participação no planejamento.

1.2 Humanização da atenção aos usuários com HA e DM

A complexidade do trabalho em saúde é uma realidade que todos nós conhecemos. De maneira mais esquemática, podemos dizer que envolve três grandes enfoques:

- O biomédico;
- O social;
- O psicológico (BRASIL, 2009).

Quando falamos somente da clínica, estamos nos referindo mais ao enfoque biomédico, que envolve o processo diagnóstico e o terapêutico.

No entanto, não há como dar conta de cuidar de uma pessoa que tem uma doença que a acompanhará por toda a vida sem considerar os aspectos psicológicos, incluindo, por exemplo, o processo de aceitação da condição crônica.



Palavra do profissional

Os aspectos sociais também fazem parte deste cotidiano, como por exemplo: a integração dessas pessoas no trabalho e a participação dos profissionais da saúde na sociedade.

Os avanços tecnológicos e o aumento da demanda por serviços de saúde, sem um aumento quantitativo de trabalhadores e uma formação que acompanhasse esta situação e outras que envolvem tanto aspectos sociais quanto políticos, levaram a área da saúde a um processo de não valorização do ser humano.

Podemos pensar nisto ao lembrarmos que muitas vezes as consultas médicas e de enfermagem eram agendadas de acordo com a disposição do profissional e não as necessidades dos usuários /comunidade. Neste contexto, foi necessário resgatar a concepção da humanização na atenção à saúde da população.

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008b), a humanização compreende:

- Valorização da dimensão subjetiva e social em todas as práticas de atenção e gestão no SUS, fortalecendo o compromisso com os direitos do cidadão, destacando-se o respeito às questões de gênero, etnia, raça, orientação sexual e às populações específicas (índios, quilombolas, ribeirinhos, assentados, etc.);

- Fortalecimento de trabalho em equipe multiprofissional, fomentando a transversalidade e a grupalidade;
- Apoio à construção de redes cooperativas, solidárias e comprometidas com a produção de saúde e com a produção de sujeitos;
- Construção de autonomia e protagonismo dos sujeitos e coletivos implicados na rede do SUS;
- Corresponsabilidade desses sujeitos nos processos de gestão e atenção;
- Fortalecimento do controle social com caráter participativo em todas as instâncias gestoras do SUS;
- Compromisso com a democratização das relações de trabalho e valorização dos profissionais de saúde, estimulando processos de educação permanente.



Saiba mais

Para saber mais, acesse o documento **Base para Gestores e Trabalhadores do SUS** na íntegra. A 4ª edição do material está publicada na Biblioteca Virtual em Saúde, do Ministério da Saúde. Disponível em: <http://bvms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizaus_documento_gestores_trabalhadores_sus.pdf>.

Veja que a humanização compreendida dessa forma requer profundo envolvimento dos profissionais de saúde e responsabilização dos gestores em saúde. Ela renova papéis e relacionamentos, exigindo um olhar renovado na interação com a população de maneira geral, e com cada usuário de maneira específica. Não devemos pensar a humanização como um novo programa, mas sim como o resgate da essência de nossa profissão, que é o cuidado.

Precisamos refletir sobre a possível mudança de atitude que a atenção humanizada pode promover na adesão ao tratamento dos usuários com HAS e DM. O modelo tradicional de dar mais informações, mesmo com o uso de tecnologias atuais, não tem promovido melhor controle dessas doenças (GOMES VILLAS BOAS et al., 2012; PIERIN et al., 2012). As complicações continuam a ocorrer de modo cada vez mais preocupante (amputações, cegueira, insuficiência renal crônica, acidente vascular encefálico, infarto do miocárdio, dentre inúmeras outras).

1.2.1 Fundamentos básicos da humanização

Alguns fundamentos básicos da humanização que norteiam as práticas de saúde no SUS podem ter contribuição mais efetiva, tais como:

- A inclusão dos usuários em todas as decisões que envolvam sua saúde;
- A construção de diferentes espaços de encontro entre sujeitos, especialmente os grupos de usuários com DM e HA, abrindo espaço para a troca de saberes e melhorando a comunicação;
- O trabalho efetivamente interdisciplinar;
- O reconhecimento dos diferentes contextos de cada sujeito e de momentos diferentes pelos quais passam na experimentação de sua condição crônica;
- A integração do gestor com a realidade e com a problemática da atenção à saúde (limitações da estrutura física, quantitativo de pessoal, qualificação do pessoal, problemas de articulação entre serviços, dentre outros).



Palavra do profissional

Você é o responsável para que esses fundamentos sejam operacionalizados na atenção à saúde das pessoas/famílias/grupos/comunidade que você cuida!

1.2.2 Acolhimento

O **acolhimento** pode ser visto de diferentes perspectivas, que convergem na concepção do relacionamento efetivo entre profissionais e usuários, não sendo uma atividade específica na assistência, mas que integra todas as atividades assistenciais e, portanto, também envolve a gestão dos serviços.

Acolhimento e diálogo são conceitos que devem caminhar juntos, uma vez que não há acolhimento sem diálogo.

O diálogo é compreendido não somente entre duas pessoas, mas como algo que conecta as conversas entre pessoas que integram a rede de cuidados e se dá em qualquer encontro trabalhador-usuário (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

O “acolhimento-diálogo” favorece a circulação do usuário na rede e ocorre em todos os encontros assistenciais, consistindo a busca constante da identificação das necessidades de saúde dos usuários e de maneiras possíveis de satisfazê-las.

Neste sentido, o acolhimento pode ser compreendido como uma postura que envolve:

Receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas necessidades, permeada por uma relação de mútuo interesse entre trabalhadores e usuários (TAKEMOTO; SILVA, 2007).

Acolher, nesta perspectiva, inclui:

Ampliar o acesso dos usuários ao serviço; estar aberto a ouvir suas queixas, preocupações e angústias; garantir atenção integral, resolutiva e responsável por meio do acionamento/articulação das redes internas dos serviços e redes externas com outros serviços de saúde, para a continuidade da assistência quando necessário.

Na atenção aos usuários com HA e com DM, o acolhimento deve envolver a abertura para o diálogo franco e sem críticas ao comportamento de não adesão! Se você usar uma postura onde não há espaço para uma conversa aberta, na qual possam discutir, por exemplo, sobre as “fugidas” da dieta, provavelmente essas pessoas não irão se sentir acolhidas.

O primeiro passo para o sucesso do cuidado ao usuário em condição crônica como a HA e o DM, é partir do pressuposto de que podem conversar sobre tudo o que envolve o viver nesta condição: medos, receios, crenças, relacionamentos, perdas, sofrimentos, alegrias, enfim, aquilo que constituir em necessidade para o usuário.

Segundo Franco, Bueno e Merhy (1999) e Santos e Santos (2011), o acolhimento vai para além de uma atitude do profissional, pois propõe inverter a lógica de organização e o funcionamento do serviço de saúde, partindo de três princípios:

1. Atender a todas as pessoas que buscam os serviços de saúde, garantindo a acessibilidade universal;
2. Reorganizar o processo de trabalho, deslocando seu eixo central do médico para uma equipe multiprofissional;
3. Qualificar a relação trabalhador-usuário a partir de parâmetros humanitários de solidariedade e de cidadania.



Palavra do profissional

Pense em sua realidade! Estes princípios têm orientado a atuação da equipe da sua Unidade? E a enfermagem, como tem se posicionado?

Vale ainda destacar que esses princípios precisam ser pensados no nível individual e no coletivo. Promover esta relação acolhedora na enfermagem envolve abrir espaço para a participação dos usuários, ouvir suas queixas, suas necessidades, prioridades.

Não se limita apenas ao ato de receber os usuários, mas de uma sequência de ações que fazem parte do processo de trabalho, na relação com o usuário, dentro e fora do serviço de saúde.

O acolhimento pode ser também compreendido na perspectiva dos trabalhadores de saúde que precisam ser bem acolhidos em seu processo de trabalho, envolvendo: capacitações, salários, incentivos, espaços de escuta pela gestão, níveis de autonomia no trabalho, cuidado ao cuidador (SOUZA et al., 2008). Esta deve ser uma luta constante.



Compartilhando

Lembre-se, sua participação nos órgãos de classe, especialmente Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) e Conselho Regional De Enfermagem (COREn) fazem parte desta luta para alcançar essas condições.

Pensar sobre o acolhimento pode revelar o distanciamento presente em muitas situações entre o que deveria ser e o que acontece na prática assistencial.

Vamos pensar na atenção à pessoa com DM e HAS. Viver com essas doenças requer um empenho diário dos usuários para a resolução das dúvidas que aparecem sobre a doença e o tratamento. Às vezes, são dúvidas simples e que poderiam ser resolvidas com um rápido encontro com o enfermeiro, sem precisar de agendamento específico.



Palavra do profissional

Esses espaços existem em seu serviço? Se não, pense criativamente em como criá-los. Lembre-se: o uso do telefone e da internet tem crescido ao longo dos últimos anos. Veja os dados do Vigitel, os quais apontam que mais de 90% da população tem telefone.



Saiba mais

Para saber mais, confira o estudo que descreve as características do padrão de atividade física da população adulta das capitais de Estados brasileiros e do Distrito Federal em 2006 no artigo: BRASIL. SUS. Padrão de atividade física em adultos brasileiros: resultados de um inquérito por entrevistas telefônicas. **Revista do Sistema Único de Saúde do Brasil: Epidemiologia e Serviços de Saúde**. 2006. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_vol18_n1.pdf>.

Sabemos que o acolhimento não depende apenas do seu desejo, pois precisa contar também com estrutura e organização. No entanto, tem-se observado que o maior problema está na postura dos trabalhadores que permanecem, muitas vezes, distantes e focados apenas nos aspectos biológicos (BREHMER; VERDI, 2010).

Teoricamente o acolhimento parece simples e óbvio, principalmente para nós enfermeiros, que somos formados para um cuidado humanizado. No entanto, a prática do acolhimento não tem sido tão efetiva, como já destacado.

O estudo de Souza et al. (2008), acerca do acesso e acolhimento na atenção básica, evidenciou a existência de importante entrave na implementação do acolhimento, que é uma demanda de atenção à saúde maior do que a capacidade dos serviços de manterem a continuidade da assistência.

Destacam no referido estudo que o acesso e o acolhimento ainda são um desafio na construção do cuidado integral, apesar de já identificarem algumas tentativas, que estão mais vinculadas à reorganização do processo de trabalho, envolvendo, por exemplo: reverter à lógica do atendimento de quem chega primeiro para aquele que mais precisa. Os profissionais destacam a dificuldade de execução do acolhimento, apesar de sempre reconhecerem a sua importância (SOUZA et al., 2008).

Antes de finalizarmos este item, é importante comentarmos que acolher bem os usuários, de forma ética e coerente com os princípios do SUS, nem sempre está isento de conflitos.

O enfermeiro precisa estabelecer prioridades olhando para o conjunto das pessoas e para o serviço de saúde para tomar suas decisões. No entanto, sua visão e/ou avaliação da situação pode ser diferente do usuário que procura o serviço, pois para esta pessoa a necessidade de atenção a ela é a mais importante. Lidar com estas situações requer do enfermeiro uma postura firme, porém deve sempre ser permeada pelo diálogo.



Palavra do profissional

Lembre-se: conversar e colocar claramente seus limites e solicitar compreensão do outro são sempre iniciativas que tem mais sucesso!



Saiba mais

Para complementar seu aprendizado, sugerimos a leitura do **Manual de acolhimento nas práticas do SUS**. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_saude_2ed.pdf>.

1.2.3 Vínculo

Vínculo e acolhimento são conceitos que se inter-relacionam e se complementam na construção da humanização da atenção à saúde.

Em alguns momentos do texto, você poderá se questionar se não são a mesma coisa. Em parte você está certo, pois ambos integram a humanização da assistência e sua separação é mais conceitual do que prática.

Como **primeira dimensão**, consideramos que um bom **acolhimento** é o primeiro passo para o estabelecimento do vínculo, que busca o estabelecimento de laços de compromisso e corresponsabilidade entre os usuários/população e os profissionais da saúde/serviços de saúde, ou seja, vai além de um simples contato.

Para estabelecer o **vínculo**, é necessária uma aproximação efetiva, compreendendo suas necessidades e comprometendo-se com elas.

De acordo com Silva Junior e Mascarenhas (2004), o vínculo possui três dimensões: afetividade, relação terapêutica e continuidade.

A **afetividade** está relacionada ao profissional gostar do que faz e, com isto, mostrar-se aberto, atento e interessado nos usuários/comunidade.

Na **segunda dimensão**, a própria **relação** entre profissional e usuário é considerada terapêutica se pautada na confiança que se estabelece entre ambos.

Na **terceira dimensão**, a **continuidade** está relacionada à permanência do profissional no mesmo serviço por um longo tempo, acompanhando um mesmo grupo de usuários. Esta continuidade é geralmente a dimensão mais difícil de ser estabelecida, pois há muitos elementos que podem influenciá-la e que não dependem somente do desejo (PINHEIRO; OLIVEIRA, 2011).



Palavra do profissional

Estas três dimensões, como você já teve ter percebido, ainda são mais importantes quando o usuário é uma pessoa que possui uma doença crônica como o DM e a HAS. Contar sempre com um mesmo enfermeiro com o qual já estabeleceu uma relação de confiança e que já conhece sua história pode fazer toda a diferença!

Na atenção aos usuários com DM e HAS, destacamos mais uma vez a importância de uma relação dialógica. Para isto, é preciso primeiro reconhecer que temos conhecimento somente sobre parte da situação e que o usuário em condição crônica conhece outra parte.



Saiba mais

Procure mais informações nestas indicações de leitura:

BARCELOS, L. M. S.; ALVIM, N. A. T. Conversa: um cuidado fundamental de enfermagem na perspectiva do cliente hospitalizado. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 56 n. 3. maio/jun. 2003. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672003000300005&lng=pt&nrm=iso>.

DURÃES-PEREIRA, M. B. B. B.; NOVO, N. F.; ARMOND, J. E. A escuta e o diálogo na assistência ao pré-natal, na periferia da zona Sul, no município de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, mar./abr. 2007. Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232007000200023&lng=pt&nrm=iso>.

O DM que conhecemos é aquele que os textos nos ensinam, mas o conhecimento sobre como o DM afeta a vida do usuário, como seu corpo responde a esta doença, quem define é quem vive com ela.

E disto, muitos de nós enfermeiros não sabemos, pois não são todos que vivemos com a condição crônica! Neste sentido, precisamos compreender que é preciso o conhecimento de ambos para obter maior sucesso nos cuidados e tratamentos por meio de uma relação horizontal.

Isto requer uma cooperação mútua, sendo que a iniciativa deve ser do enfermeiro. Ao mostrar-se efetivamente interessado no outro, buscando de maneira genuína resolver a situação, indo, muitas vezes, além do que as normas e regras do serviço estabelecem, sendo solidário!

Pense nos usuários com DM e HA que você vem cuidado nos últimos meses. Você lembra o nome e sabe mais do que alguns aspectos relacionados ao tratamento?

O vínculo entre enfermeiro e usuário com DM e HAS é um dos elementos fundamentais no sucesso do tratamento, que envolve:

- Bom controle metabólico e de possíveis complicações;
- Satisfação com a vida e manter-se envolvido com suas atividades.

Para estabelecer este vínculo, é preciso envolver-se de alguma forma com cada pessoa, mostrar-se interessado, reconhecer os sucessos alcançados, mostrando-se aberto para as necessidades que tiver e promover sua inclusão tanto nos serviços de saúde, quanto na comunidade de maneira geral.

1.2.4 Responsabilização do enfermeiro

No Módulo VI, na última Unidade, sobre Ética, foi abordada a responsabilidade dos profissionais da enfermagem no cuidado em saúde, que deve ser focada para além dos aspectos legais, ressaltando que o agir do enfermeiro envolve responsabilidade por suas ações.

Agora vamos ampliar um pouco mais esta discussão, e focar a responsabilização do ponto de vista da prática cotidiana do enfermeiro na atenção a saúde das pessoas com HAS e DM.

De acordo com Rossi e Lima (2005), a responsabilização do enfermeiro não implica necessariamente que ele se torne responsável pelo usuário, pelas suas ações e decisões quando este usuário pode decidir de forma autônoma.

Pensemos sobre isto de uma forma ampliada, remetendo-nos a uma situação que é relativamente frequente na atenção às pessoas em condição crônica: ao ser questionado, o usuário mostra que tem as informações necessárias para realizar seu cuidado do ponto de vista clínico, mas, no entanto, não os realiza.



Palavra do profissional

Podemos pensar sobre isso de uma maneira linear e simples, dizendo que o usuário está tomando uma decisão de forma autônoma, pois sabe o que deveria fazer. Mas também podemos pensar de uma maneira mais responsável e comprometida, refletindo amplamente sobre a situação e pensando que há mais coisas envolvidas no processo do que somente ter o conhecimento específico para tomar os medicamentos, como seguir o plano alimentar e realizar os exercícios físicos. Pensar na pessoa desta forma implica em pensá-la de forma mais íntegra.

Há várias situações que podem levá-la a pensar que prefere a evolução da doença a abrir mão de certos prazeres, como a alimentação, uma vez que, muitas vezes, essa evolução é silenciosa, causando sofrimentos maiores a longo prazo.

Outra situação é a que ocorre com pessoas que depois dos 45-50 anos consideram que essas doenças fazem parte do seu processo de envelhecimento e que não há como mudar o curso delas, aceitando-as de forma passiva, pois já viram pais, tios, avós nesta mesma situação.

Bom, poderíamos falar de uma infinidade de situações que, sem dúvida nenhuma, estão presentes na vida de muitas pessoas e que vão ser tomadas em conta na decisão de seguir ou não os cuidados e tratamentos.

Então, você acha que a decisão da pessoa em não seguir os cuidados e tratamentos foi realizada de forma autônoma, somente porque ela conhecia o que deveria fazer? Não!

Há mais coisas envolvidas e o enfermeiro precisa levá-las em conta em sua avaliação sobre a autonomia da pessoa, especialmente perguntar-se:

- Será que eu sei tudo que preciso saber?
- Será que aquela pessoa sabe tudo que poderia saber para tomar uma decisão diferente?

Mudar a perspectiva, compreender a complexidade do viver com uma condição crônica envolve a necessidade de manter o diálogo horizontal; de envolver-se afetivamente; de estabelecer espaços de efetiva comunicação; de olhar para esta pessoa como um todo. Estas posturas estabelecem um efetivo envolvimento com a pessoa em condição crônica, convergente ao que já abordamos nos itens sobre acolhimento e vínculo.

Merhy (1994) afirma que é preciso estar sensível com o sofrimento e aflições do outro, sentindo-se também responsável por ele e agindo de forma não burocrática e pessoal.

Ao pensar desta forma, a responsabilização do enfermeiro se expande ao lhe exigir maior engajamento em diferentes ações, que incluem, por exemplo:

- Assumir o compromisso com sua permanência em um mesmo serviço ou atuando na mesma área de abrangência;

- Participar no planejamento institucional e assistencial defendendo as necessidades específicas das pessoas em condição crônica;
- Fortalecer a articulação com outros serviços de saúde, no avanço da referência e contrarreferência, para a construção/consolidação da rede de atenção às pessoas em condição crônica.

A responsabilização do enfermeiro pela atenção à saúde das pessoas em condição crônica pode envolver a quebra de normas ou regras previamente estabelecidas.

Você consegue lembrar alguma vez que quebrou alguma regra e se sentiu satisfeito por estar conseguindo atingir um objetivo maior?

É claro que essas situações são aquelas especiais e que devem ser discutidas com sua equipe e são compreendidas como parte de sua responsabilização na promoção de um viver mais saudável da pessoa em condição crônica.

1.3 Resumo

Nesta Unidade trabalhamos com você conceitos essenciais para a humanização da atenção às pessoas em condição crônica. Foi destacado ao longo do texto que o envolvimento do enfermeiro com a pessoa com DM e HAS requer uma postura aberta, flexível e interessada. Esta postura deve permear todas as ações de enfermagem: em seus diálogos com usuários, em sua participação na gestão de serviços, em sua luta por melhores condições de trabalho.

1.4 Fechamento

Esperamos que ao término desta unidade você tenha compreendido o papel do enfermeiro na atenção humanizada à saúde dos usuários com HA e DM, reconhecendo sua importância na atenção integral à saúde. Os conceitos aqui trabalhados são essenciais para que você desenvolva as demais unidades deste módulo.

1.5 Recomendação de leitura complementar

MORAES, P. A.; BERTOLOZZI, M. R.; HINO, P. Percepções sobre necessidades de saúde na Atenção Básica segundo usuários de um serviço de saúde.

Rev. Esc. Enferm. USP. São Paulo, v. 45, n. 1, p. 19 - 25, 2011.

SILVA, L. M. V.; ESPERIDIÃO, M. A.; VIANA, S. V. Avaliação da implantação de programa voltado para melhoria da acessibilidade e humanização

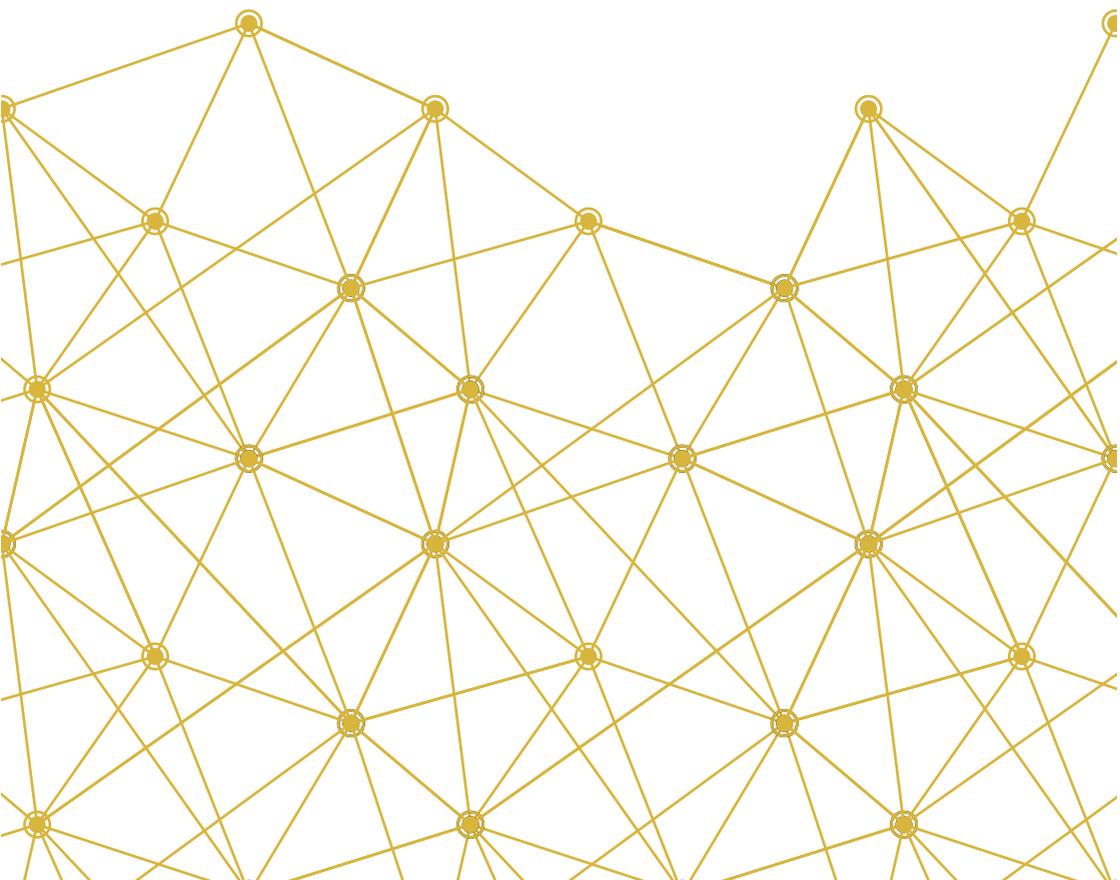
do acolhimento aos usuários na rede básica. **Rev. Bras. Saúde Matern.**

Infant. Recife, v. 10, Supl. 1, p. 131-143, nov. 2010.

SCHOLZE, A. S.; DUARTE JUNIOR, C. F.; FLORES E SILVA, Y. Health work and the implementation of user embracement in primary healthcare:

affection, empathy or alterity? **Interface - Comunic. Saúde Educ.** v. 13, n. 31, p. 303 - 14, out./dez. 2009.

UNIDADE 2



Unidade 2 – Atuação interdisciplinar na atenção à pessoa com HAS e DM

Ao final desta unidade, você deverá reconhecer a interdisciplinaridade como estratégia para a integralidade do cuidado à pessoa com HAS e DM.

2.1 Introdução

Na sua prática cotidiana nos serviços de saúde, você já deve ter ouvido ou falado em interdisciplinaridade, atuação interdisciplinar ou mesmo em equipe interdisciplinar. Mas, o que este termo representa?

Nesta unidade, abordaremos especificamente como o enfoque interdisciplinar tem sido apresentado como nova perspectiva de atuação no cuidado/atendimento a pessoas com doenças crônicas, mais especificamente no cuidado aos usuários com diabetes mellitus (DM) e hipertensão arterial sistêmica (HAS).

2.2 Conceituando interdisciplinaridade em saúde

No módulo anterior você teve oportunidade de aprender sobre a promoção da saúde, que traz uma nova concepção de saúde e que considera outras dimensões além dos aspectos físicos para um viver saudável. Assim, a responsabilidade pela saúde passa a ser não só dos profissionais específicos da saúde, mas também de outros profissionais e setores da sociedade.

No setor saúde, temos geralmente uma visão disciplinar, corporativa, unidimensional; numa lógica linear, mecanicista e redutora, que de certa forma não pode explicar a complexidade do fenômeno saúde/doença e da realidade (MEIRELLES; ERDMANN, 2005). Este aspecto assume maior relevância quando pensamos em Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) e todas as suas implicações no cuidado.

Também o Ministério da Saúde (BRASIL, 2008d) preconiza que o modelo de assistência deve ser orientado para responder às necessidades das pessoas com doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), bem como para propor diretrizes fundamentadas na integração das diversas políticas já existentes a fim de convocar as diversas áreas do governo, organizações não governamentais e a sociedade para a composição de uma rede de compromisso e solidariedade direcionada à mudança do modelo de atenção voltado às DCNT.

É importante, portanto, que seja estimulada e fortalecida no sistema de saúde a perspectiva da intersetorialidade, da construção de trabalhos articulados e em parceria.

Ao abordar os Modelos de Atenção às doenças crônicas, Mendes (2012) faz uma diferenciação entre o **Modelo de Atenção Crônica (CCM)** e do **Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC)**, originário do CCM, mas com modificações para adaptá-lo ao SUS.

CCM, tradução literal de *Chronic Care Model*, modelo proposto por Wagner.

No modelo proposto, enfatiza que se trata de uma solução complexa e sistêmica para um problema difícil como o da atenção às condições crônicas, que são situações de saúde de alta prevalência, nas quais os sistemas fragmentados não funcionam para enfrentar essas condições.



Saiba mais

Você pode aprofundar a leitura sobre este tema no material indicado:

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família.** Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512 p.

Mas, você já pensou de onde surgiu este termo? A ideia de interdisciplinaridade já vem desde os filósofos gregos com a possibilidade de formar um homem integral, voltando à discussão nos tempos atuais, na década de 60, com os trabalhos de Gusdorf, Piaget, Bastide, Jantsch, dentre outros. O termo surge como a possibilidade de unir os conhecimentos que vão se fragmentando nos espaços especializados (MEIRELLES; ERDMANN, 2005).

Com o decorrer do tempo tivemos a evolução do conceito de interdisciplinaridade e das formas de relações disciplinares. Porém, explicitaremos melhor, porque não podemos deixar de citar a classificação de Erich Jantsch,

em 1972, na Organização de Cooperação e de Desenvolvimento Econômico - OCDE (JAPIASSU, 1976), que até hoje tem suscitado discussões e servido de referência para diversos pesquisadores do assunto:

MULTIDISCIPLINARIDADE	Gama de disciplinas que propomos simultaneamente, mas sem fazer aparecer as relações que podem existir entre elas. Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos; nenhuma cooperação.
PLURIDISCIPLINARIDADE	Justaposição de diversas disciplinas situadas geralmente no mesmo nível hierárquico e agrupadas de modo a fazer aparecer as relações existentes entre elas. Sistema de um só nível e de objetivos múltiplos com cooperação, mas sem coordenação.
INTERDISCIPLINARIDADE	Axiomática comum a um grupo de disciplinas conexas e definidas no nível hierárquico imediatamente superior, o que introduz a noção de finalidade. Sistema de dois níveis e de objetivos múltiplos; coordenação procedendo do nível superior.
TRANSDISCIPLINARIDADE	Coordenação de todas as disciplinas e interdisciplinas do sistema de ensino inovado sobre a base de uma axiomática geral. Sistema de níveis e objetivos múltiplos; coordenação com vistas a uma finalidade comum dos sistemas.

Ao fechar o conceito, Japiassu (1976, p. 74) afirma que: “A interdisciplinaridade caracteriza-se pela intensidade das trocas entre os especialistas e pelo grau de interação real das disciplinas no interior de um mesmo projeto de pesquisa”.

Estas definições são bastante teóricas, então, mas vamos tentar explicar.

Se o processo de especialização do saber científico constituiu a tônica nos últimos três séculos, a segunda metade do século vinte, sobretudo, vai explicitar com intensidade cada vez maior a necessidade de uma comunicação entre as especialidades.

Em um primeiro momento, a especialização é uma necessidade para a construção da identidade de um determinado saber, surgem as disciplinas com um corpo específico de conhecimento (como a Enfermagem).

Hoje, saberes impõem-se cuja identidade não pode mais ser encontrada no específico, mas no diálogo que permeia e atravessa diversas áreas previamente delimitadas (Interdisciplinaridade: enfermagem no diálogo com outras disciplinas).

Para dizer de outro modo, o mesmo processo de crescimento da complexidade do saber humano sobre o mundo que gerou a necessidade da especialização vem, ultimamente, questionando a compartimentalização e apontando a necessidade premente de se buscar o rompimento das barreiras que se construíram entre os diferentes campos dos saberes.

A visão mecânica do mundo precisa ser substituída por uma visão orgânica. E o enfoque do ser humano, além do ser biológico/físico, deve ser considerado nas suas múltiplas dimensões, na sua totalidade.



Compartilhando

O grande desafio intelectual de nossa época é o de vencer a fragmentação do saber, integrando conhecimentos de diferentes disciplinas, o que temos chamado de interdisciplinaridade.

Atualmente, o que pretendemos com a interdisciplinaridade é a busca de integração e de instauração de formas de totalidade em um campo de saber múltiplo, pluralista, heterogêneo; reconhecendo a complexidade dos fenômenos, dialeticamente, com olhares diferenciados, resgatando uma unidade que perdemos no decorrer da história (MEIRELLES, 2003).

Esta totalidade só é apreensível por meio das partes e das relações entre elas. Implica uma complexidade em que cada fenômeno só pode vir a ser compreendido como um momento definido em relação a si e em relação aos outros fenômenos.

Neste sentido, faz-se necessária a compreensão do outro na sua singularidade, nas suas particularidades, para que haja o entendimento e a construção do novo. Precisamos compreender o ser humano como parte e também constituinte da sociedade, em constante relação com o seu meio ambiente.



Saiba mais

Para entender melhor estes termos, sugerimos a leitura deste texto:

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A Interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto e Contexto**. v. 14, n. 3, p. 411 - 418, jul./set. 2005.

A partir do que já estudamos, você conseguiria definir a interdisciplinaridade? Que tal um exercício? Pense na definição dos termos apresentados e compartilhe com seus colegas em sua Unidade de Saúde.

- Disciplinaridade
- Multidisciplinaridade
- Interdisciplinaridade
- Transdisciplinaridade

Diante de todos os elementos focalizados no Módulo VI - em que discutimos a promoção da saúde, que traz uma concepção de saúde mais abrangente, com a importância da determinação social da doença - o trabalho em equipe multiprofissional e interdisciplinar torna-se fundamental na atenção em saúde, pois no individual e no coletivo se concentram numerosas ações sanitárias que requerem interpretação, coordenação e integralidade para que as intervenções sejam efetivas.



Palavra do profissional

Então poderíamos afirmar que o trabalho em equipe é interdisciplinar? Não, nem sempre está afirmação é verdadeira, vai depender do diálogo, das trocas e dos objetivos das pessoas/profissionais que integram esta equipe.

Assim, em relação ao trabalho em grupo ou em equipe, temos muitos pontos relevantes a serem discutidos referentes ao processo de trabalho nos serviços de saúde.

A **multiprofissionalidade** presente na implantação do Sistema Único de Saúde traz várias questões que devem ser entendidas a fim de perceber as singularidades que cada profissão apresenta neste contexto.

São diversas as profissões envolvidas na atenção à saúde, sendo as equipes constituídas basicamente por enfermeiros, médicos, psicólogos, odontólogos, nutricionistas, assistentes sociais, fisioterapeutas, bioquímicos e farmacêuticos.

As novas tendências já abrem espaços a educadores, engenheiros, sociólogos e antropólogos, dentre outras, a fim de responder às necessidades de saúde e qualidade de vida da população. Mas, se estes profissionais atuarem isoladamente, sem diálogo ou interação, teremos um trabalho em equipe multidisciplinar/multiprofissional.

A equipe que deseja ter uma atuação interdisciplinar exige uma visão mais ampla destes profissionais sobre o processo saúde-doença, nos quais, além do desequilíbrio biológico, são considerados a estrutura social, econômica, política e cultural como fatores que determinam como as pessoas vivem, como o processo se instala e como estes indivíduos reagem a ele.

Assim, os profissionais necessitam interagir, dialogar, cooperar entre si na construção de um novo pensar e fazer diante da realidade das pessoas que atendem.



Palavra do profissional

Vamos refletir um pouco sobre isto. No serviço de saúde em que você atua, como se estabelecem as relações na equipe multiprofissional? Está presente a perspectiva da interdisciplinaridade? Tente escrever sobre isto em poucas palavras.

As necessidades de cuidado à saúde dos usuários de forma mais integral podem ser consideradas como fatores que possibilitam e também facilitam a ação interdisciplinar. Elas favorecem as trocas, o diálogo entre os profissionais ou consigo mesmo, e a busca de alternativas para conhecer mais e melhor, agindo e enfrentando melhor as situações.

Assim, a interdisciplinaridade responde às necessidades do usuário como também dos profissionais na busca de novos conhecimentos diante da condição crônica de saúde.

A interdisciplinaridade, também considerada em seus princípios educativos e na construção contínua de novos conhecimentos, pode ser considerada como um importante fator de transformação da organização do trabalho e conscientização dos profissionais de saúde na busca de ações efetivas para a sociedade da qual fazem parte, principalmente com relação à promoção da saúde (MEIRELLES, 2003).

Um aspecto importante quando discutimos o cuidado nas condições crônicas de saúde, é que a área ainda tem o grande desafio de implantar a sua rede de atenção dentro do Sistema Único de Saúde. Por exemplo, ao pensarmos a educação em saúde aos usuários com diabetes, é recomendado o trabalho em equipe multiprofissional. Neste sentido, a Sociedade Brasileira

de Diabetes discute a interdisciplinaridade, pois a forma de interação entre os membros de um grupo de educação em saúde é fator determinante do sucesso ou do insucesso de suas intervenções.



Saiba mais

Para conhecer mais sobre a **Sociedade Brasileira de Diabetes**, acesse o Portal disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/>>.

Cuidado! Na equipe simplesmente multidisciplinar os profissionais das diversas áreas atuam isoladamente com o usuário, cada um a sua maneira e sem a preocupação de proporcionar uma estratégia educacional integrada e efetiva.

Na equipe interdisciplinar existe uma atuação conjunta de cada área profissional, proporcionando uma intervenção diagnóstica, educacional e terapêutica de caráter integrado, em que o responsável de cada área avalia as condições e necessidades de cada paciente, discutindo as intervenções necessárias com todos os outros profissionais do grupo de educação.



Saiba mais

Aproveite e aprofunde o tema! Sugerimos o acesso ao texto: PIMAZONI NETTO, A. Trabalhando com grupos de Diabetes. 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colonistas-da-sbd/debates/281>>.

Quando o grupo é genuinamente interdisciplinar, até as intervenções de terapêutica farmacológica são discutidas e debatidas por todos os profissionais envolvidos para que cada um se sinta responsável, individualmente, pelo sucesso ou insucesso das intervenções adotadas (PIMAZONI NETTO, 2009).

2.3 O diabetes *mellitus* e a hipertensão arterial como objetos interdisciplinares

Ao apresentar as Diretrizes e Recomendações para o Cuidado Integral de Doenças Crônicas Não Transmissíveis: Promoção da Saúde, Vigilância, Prevenção e Assistência (BRASIL, 2008), o Ministério da Saúde salienta que o documento foi fruto de reunião de diversos atores sociais em seminários e oficinas, em que suas experiências eram debatidas e analisadas. Nessa reunião, foi produzido um material cujo objetivo é mobilizar gestores e trabalhadores da saúde para o desenvolvimento de iniciativas setoriais e intersetoriais que possibilitem a reversão do quadro das DCNT existente no Brasil. (BRASIL, 2008d).



Saiba mais

Para rever esta discussão, sugerimos que você acesse o material: Brasil. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p.

Como você já estudou na Unidade VI, uma abordagem focada na promoção da saúde de usuários com DCNT deve incluir:

- Fatores de risco e doenças já instaladas – como diabetes e hipertensão;
- Ações educativas e estímulo a mudanças no estilo de vida;
- Estratégias de adesão ao tratamento medicamentoso;
- Ações produzidas por equipe multidisciplinar;
- Incorporação de outros profissionais de saúde;
- Empoderamento do indivíduo para o autogerenciamento das suas doenças e dos seus riscos – autonomia (MALTA; MERHY, 2010).

Neste sentido, a ação cuidadora implica mecanismos de responsabilização - por parte de equipe, gestores públicos, operadoras de planos de saúde - que resultem em ação integral na qual não ocorram a interrupção e a

segmentação do cuidado. Isto exige um sistema único de saúde atuando coerentemente em todas as fontes de produção de práticas de saúde, públicas e privadas (MALTA; MERHY, 2010). Como você pode perceber, esta integralidade das ações nos leva aos enfoques inter e transdisciplinares.

Os serviços de saúde precisam integrar suas respostas na abordagem às DCNT (BRASIL, 2008).

Assim, nas experiências desenvolvidas por grupos institucionais de assistência a um tipo específico de usuários, surge a necessidade de integração dos saberes e desenvolvimento prático, em busca da melhoria da qualidade da assistência.

Ao abordar a educação em saúde aos usuários com Diabetes na perspectiva interdisciplinar, Torres et al. (2008) apontam várias questões. A ação interdisciplinar foi trabalhada com alunos de áreas de saúde distintas – nutrição e enfermagem – e com afinidades quanto aos objetivos de atuação no controle metabólico do Diabetes mellitus, o que exigiu uma reflexão sobre conceitos tais como colaboração, cooperação, diálogo e abertura ao outro.

E o contato com vários profissionais e a prática dos grupos operativos com utilização dos jogos educativos no atendimento à clientela com diabetes proporcionou aos alunos um exercício de troca e interação de saberes e de aprimoramento de relações interpessoais, inerentes ao conceito de interdisciplinaridade.

A mera interlocução, como presença justaposta dos conhecimentos entre os profissionais da equipe multidisciplinar e os campos de saberes isolados que tratam de um mesmo tema, não pode ser considerada como a superação de um estado fragmentário (TORRES et al., 2008). Esta reflexão sobre tais questões mostrou que a atuação da equipe multidisciplinar é uma prática necessária na prevenção e controle das doenças e de seus agravos, enfatizando a importância de um trabalho interdisciplinar para contato com novos conhecimentos científicos e uma iniciação à prática integrativa e interativa entre saberes e com outros profissionais, docentes e técnicos (TORRES et al., 2008).

Outra experiência positiva é relatada por Tavares, Matos e Gonçalves (2005), abordando a interdisciplinaridade a partir do trabalho realizado por um Grupo multidisciplinar de profissionais de atendimento aos usuários

com diabetes de um hospital universitário. As autoras salientam que o Grupo possui vínculos profissionais sólidos, particularmente nas relações interpessoais médico/enfermeiro, sustentáculos do trabalho, que vêm possibilitando uma prática participativa, crítica e reflexiva. O vínculo entre esses profissionais é complementar e interdependente, centrando o foco do atendimento na pessoa com diabetes.

A filosofia do Grupo está baseada na premissa de que a assistência à pessoa com diabetes deve ter o objetivo de torná-la corresponsável pelo seu cuidado, por meio de um processo educativo contínuo que inclua diferentes disciplinas. Esta premissa é reforçada pelo processo de integração dos membros, a partir do somatório de conhecimentos de áreas distintas, em que há o respeito mútuo pela particularidade de cada profissão e o reconhecimento que deve haver complementaridade para uma ação mais efetiva (TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005).

Os dados indicam que o trabalho do Grupo possui características de um atendimento cooperativo, participativo, com diálogo aberto e igualitário, confirmando uma das características da prática interdisciplinar.

As ações desenvolvidas e o envolvimento dos profissionais na construção de uma assistência de melhor qualidade demonstraram o potencial desta experiência na mudança da prática hegemônica em saúde em nossa sociedade (TAVARES; MATOS; GONÇALVES, 2005).

Ao realizarem uma pesquisa bibliográfica sobre as experiências educativas em saúde para pessoas com HAS, Toledo, Rodrigues e Chiesa (2007) identificaram que a interdisciplinaridade e o intercâmbio entre os vários profissionais são necessários na medida em que possibilitam, aos poucos, a estruturação de uma prática de saúde ampliada em que as várias dimensões da doença passam a ser enfrentadas e na qual o cuidado esteja passível da agregação de outros saberes e práticas disponíveis em outros serviços, de saúde ou não.

Com o objetivo de analisar a adesão ao tratamento de pessoas com hipertensão na abordagem interdisciplinar, Santos et al. (2005) realizaram pesquisa entrevistando 50 pessoas com HAS. Os resultados apontam que a adesão do cliente é possibilitada mediante a conscientização deste e por meio da educação em saúde desenvolvida de forma articulada pela equipe multiprofissional que traz maior gama de informações e diferentes visões sobre o problema, o que facilita o aprendizado e melhora a adesão.

As sessões educativas devem ser permeadas pela educação em saúde, visto que esta enquanto prática interdisciplinar possibilita a mudança de comportamento para o exercício da cidadania. Esta mudança é viabilizada quando o profissional de saúde reconhece e valoriza o saber socialmente

construído pela clientela em seu ambiente. A partir desse reconhecimento, ocorrerá a produção efetiva de novos conhecimentos, modificando o comportamento de saúde da clientela, objetivando atingir o melhor nível de bem-estar (SANTOS; SANTOS, 2011).



Compartilhando

Como enfermeiro e integrante da equipe multiprofissional, como as ações de cuidado ao usuário com Diabetes e HAS na perspectiva interdisciplinar podem ser realizadas na prática? Escreva a respeito.

Podemos concluir que a interdisciplinaridade no cuidado aos usuários com DM e HAS traz importantes contribuições para a melhoria do cuidado, seja nas práticas educativas, seja nas orientações quanto ao estilo de vida e adesão ao tratamento, e consequente melhoria da qualidade de vida, pois contemplam os diferentes aspectos do viver com uma condição crônica.

Lembramos também que a atuação das equipes de saúde da família é essencial para o fortalecimento das ações de promoção da saúde no cuidado integral das DCNT, pois o desenvolvimento de suas atividades tem como fundamentos a efetivação da integralidade, o estímulo à participação popular e ao controle social, as relações de vínculo e responsabilização.



Palavra do profissional

Lembre-se que a promoção da equidade se dá a partir da incorporação em suas práticas características de respeito à territorialidade, ao trabalho interdisciplinar, ao diagnóstico, à programação e à implementação das atividades segundo critérios de risco à saúde, bem como a valorização de saberes e práticas para a abordagem integral e resolutiva e a promoção ao desenvolvimento de ações intersetoriais (BRASIL, 2008).

2.4 Resumo

A visão interdisciplinar em saúde pode ser representada e aplicada nos serviços em forma de projetos interdisciplinares, nos quais os profissionais de diferentes disciplinas se encontram e fazem seus planejamentos em conjunto a partir de um mesmo tema ou projeto. As aproximações entre os profissionais, o diálogo sobre os conteúdos das diferentes disciplinas, estabelecendo um novo significado e conhecimento a respeito dos problemas de saúde é interdisciplinaridade. Podemos observar no texto que o cuidado a pessoas com Diabetes e Hipertensão nos coloca esta necessidade, Várias experiências de cuidado interdisciplinar foram relatadas como positivas no sentido de melhorar a qualidade do cuidado prestado a essas pessoas e também sua adesão ao tratamento. Assim, é importante que sejam desenvolvidas estratégias para a efetivação da interdisciplinaridade entre as equipes de saúde.

2.5 Fechamento

Esperamos ter contribuído para um maior entendimento a respeito do conceito de interdisciplinaridade e dos conceitos inter-relacionados, esperamos também que você tenha percebido a importância de novos enfoques no cuidado a pessoas com Diabetes e Hipertensão arterial como propomos aqui nesta discussão.

Na unidade seguinte, quando será discutida a inserção da família, os aspectos culturais e psicossociais implicados no processo de viver com uma condição crônica, você irá mais uma vez resgatar esta necessidade de contextualizar o ser humano na sua integralidade e inserido em uma sociedade, o que novamente exige um olhar interdisciplinar ao cuidado. Assim, acreditamos ter trazido uma nova forma de refletir sobre o tema. Bom trabalho!

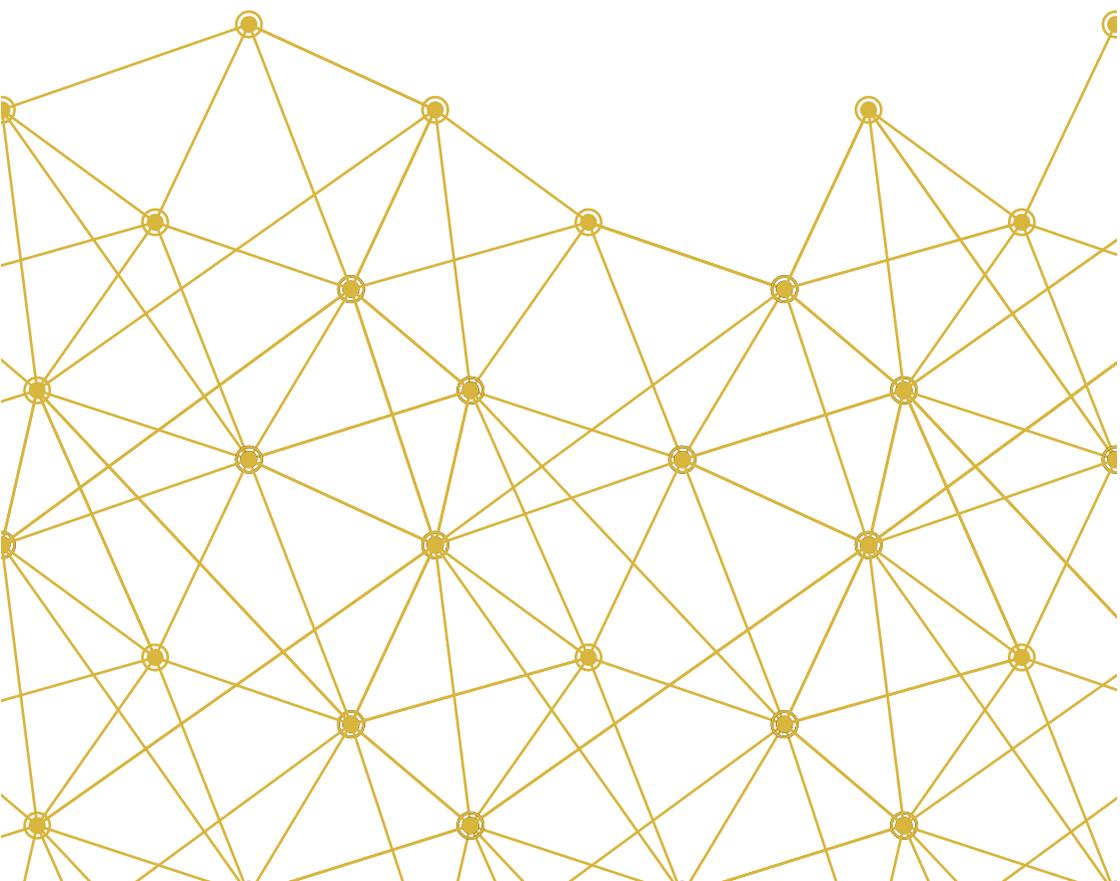
2.6 Recomendação de leitura complementar

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A Interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 14, n. 3, p. 411 – 418., jul./set. 2005.

TAVARES, C. M. A.; MATOS, E.; GONCALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 14, n. 2. , jun. 2005.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto e Contexto Enferm.** Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233 – 238, abr./ jun. 2007.

UNIDADE 3



Unidade 3 – Aspectos culturais e psicossociais do viver com doença crônica e a inserção da família como unidade de suporte ao cuidado em DCNT

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer os aspectos culturais e psicossociais do viver com doença crônica e de compreender a necessidade de considerar a família como unidade de suporte ao cuidado.

3.1 Introdução

Conforme discutido nos Módulos anteriores, temos passado por diferentes discursos e práticas de cuidado às pessoas com doenças crônicas.

Inicialmente o foco consistia em conhecer as doenças, encontrar medicamentos para controlá-las ou aliviar os sintomas e tratar as complicações, ou seja, a atenção à saúde estava centrada nos determinantes biológicos das doenças, buscando a compreensão das afecções orgânicas com enfoque no componente físico.

A esse modelo foi acrescida a proposta de educar as pessoas fornecendo elementos básicos para o manejo da doença, buscando melhor adesão ao tratamento. Outro movimento a ser destacado é aquele cujo objetivo foi a prevenção das doenças crônicas com a identificação dos fatores de risco, como já discutido no decorrer do curso. Você se lembra?

Atualmente transitamos em um novo paradigma derivado de uma maior compreensão do que é viver com a doença crônica, devido à real percepção de que as práticas anteriores não contemplavam a multidimensionalidade do cuidado. Sendo assim, uma nova lógica assistencial tem sido pautada no planejamento em saúde e inclui informações objetivas e subjetivas do processo saúde-doença, englobando fatores biológicos, sociais, psicológicos, ambientais, entre outros.

Na perspectiva atual, a educação em saúde é uma estratégia fundamental no processo de formação de comportamentos, **com vistas a oferecer às pessoas a reflexão** crítica das causas reais dos seus problemas, levando em conta as condições de vida de cada indivíduo. A pessoa com doença crônica, a família, os aspectos culturais, os psicossociais e a rotina diária são elementos centrais do processo educativo que possibilitam viabilizar maneiras saudáveis de conviver com a doença, sem negar a extensão de suas interferências na vida da pessoa.

Quando consideramos a experiência subjetiva no contexto da doença, entendemos que o paciente é o autor de sua vida e é ele quem reflete e age tomando decisões sobre o que fazer. Sendo assim, a adesão a um tratamento dependerá, dentre outras coisas, do entendimento do sujeito em relação aos cuidados recomendados, e sua percepção e ação se dará segundo sua experiência na vida coletiva (BECKER et al., 2009).

Nessa vertente, os profissionais de saúde precisam reformular as suas ações assistenciais de modo que as intervenções contemplem a subjetividade do processo de formação de comportamentos e as fragilidades presentes na adesão ao tratamento e no autocuidado.

3.2 Aspectos culturais e psicossociais do viver com doença crônica

Após a leitura do conteúdo introdutório, alguns questionamentos deverão nortear o seu raciocínio crítico reflexivo no decorrer desta unidade:

Você consegue refletir sobre os diferentes aspectos que contemplam o processo de viver com doença crônica? Você concorda que estes aspectos influenciam o enfrentamento da doença e o contexto de vida do indivíduo? Como lidar com estas questões na sua prática profissional? Estes aspectos devem ser levados em conta na garantia da assistência de qualidade e no aumento das taxas de adesão ao tratamento?



Palavra do profissional

Esperamos que ao longo desta unidade algumas respostas para estas questões, caso ainda não sejam claras para você, possam ser elucidadas.

As doenças crônicas, caracterizadas por seu longo curso e natureza permanente, exigem que o indivíduo ressignifique sua existência, adaptando-se às limitações e novas condições geradas. É necessário estabelecer uma nova relação com a vida, visto que o indivíduo se vê diante de mudanças nos seus hábitos e em seu estilo de viver, em que percebe inúmeras perdas, dentre elas a perda da condição saudável, de papéis e de responsabilidades (ARAÚJO et al., 1998).

É importante destacar que esses significados atribuídos pelo indivíduo na tentativa de compreender a experiência do adoecimento são moldados pelas crenças e estão inseridos num contexto histórico e **cultural**.

Ou seja, por meio da integração ao meio em que vive, o homem apreende, adquire conhecimentos e experiências acerca do processo saúde-doença, incorporando ações apreendidas em suas práticas de autocuidar/tratar (NOGUEIRA; MAINBOURG, 2010).

Você deve estar se perguntando onde queremos chegar quando mencionamos os aspectos culturais do processo de adoecimento. Pois bem, é este posicionamento em relação à doença ou como o indivíduo a percebe que irá determinar o modo de enfrentamento assumido.

A cultura guia as formas que as pessoas buscam ou que preenchem suas necessidades na sociedade. Ela prescreve rituais, expressões de arte, lazer e vida diária; guia também as formas pelas quais se interpreta e percebe a saúde e a doença nas nossas escolhas para a busca do cuidado (GUALDA; BERGAMASCO, 2004).

De forma mais simples: o comportamento frente à doença depende do significado que ela tem para o indivíduo/família.

Em outras palavras, “o significado da doença está relacionado à forma como ela é vivenciada e percebida. Este significado contém os sentidos sociais que permitem ao indivíduo enquadrá-la como algo compreensível, e sob determinado controle, processo do qual participa não só a pessoa doente, mas também a família” (FREITAS, 2004, p. 265).

Neste momento, queremos chamar a sua atenção para mais um aspecto que deve ser focado na nova lógica de assistir ao indivíduo com doença crônica: a compreensão da doença como construção social.

Esperamos que a compreensão da doença como fenômeno da dimensão social possa subsidiar a elaboração de estratégias dirigidas às doenças crônicas.

Pensando nas práticas assistenciais e na elaboração de estratégias voltadas ao enfrentamento/tratamento das DCNT, as interações sociais devem ocupar destaque e serem compreendidas de modo a dirigir as ações em saúde. Isto porque não podemos ignorar as influências sociais que permeiam todo o processo de adoecimento. O universo de representações do sujeito, ou seja, a maneira como ele concebe a vida está diretamente relacionada ao modo como ele lida com o adoecimento, bem como com a sua expectativa de cura.

O discurso do usuário em relação ao seu processo de adoecimento e cuidado é determinado pelas histórias pessoais e experiências vividas em família, comunidade e grupos sociais, ou seja, pelas tradições culturais e sociais presentes na história familiar e comunitária, que influenciam diretamente as expectativas em relação à doença e ao cuidado.

Que tal um exemplo prático do exposto acima? Pessoas que convivem com familiares com Diabetes *mellitus* tipo 2 tendem a fazer exames com maior frequência, uma vez que vivenciam a experiência de outros familiares com a doença e reconhecem o seu próprio risco.

Ainda no que se refere às tradições culturais, temos as crenças, que são convicções que modelam a conduta cotidiana. Fica claro então que para a orientação e motivação para o autocuidado em doenças crônicas precisamos conhecer e compreender as crenças.

As crenças particulares devem ser consideradas durante a abordagem aos fatores que possam influenciar a capacidade e a vontade do usuário de aprender sobre a doença (XAVIER; BITTAR; ATAÍDE, 2009).

Desta forma, o adoecimento adquire um significado para o indivíduo, significado este formado a partir de vivências e do convívio com a doença e com o meio em que ele se insere. O espaço que a doença ocupa no estilo de vida do usuário depende deste significado, que é único, pois tem influências internas - baseadas no histórico individual - e externas - baseadas nos aspectos culturais e na representação social que a doença possui, tanto no grupo familiar como em outros grupos nos quais o indivíduo esteja inserido.

Adicionalmente, aspectos psicossociais também devem ser considerados no processo saúde doença, tanto no que se refere ao comportamento relacionado à saúde quanto às respostas ao adoecimento. A incorporação destes aspectos refere-se a uma nova visão do cuidar que parte do tecnicismo rumo a um cuidado que exige uma visão global do indivíduo. Nesta compreensão, a inter-relação dos fatores físicos, comportamentais, emocionais e psicológicos faz-se necessária.

Estados psicológicos tais como **autoeficácia**, **automotivação** e **autoestima** precisam ser entendidos pelo profissional. Esta compreensão certamente aumentará a eficácia do seguimento e das terapêuticas utilizadas no tratamento das doenças crônicas. Partimos do pressuposto de que o indivíduo avalia se a situação é potencialmente desafiadora, prejudicial ou ameaçadora.

Nesta perspectiva, o foco da abordagem reside nas manifestações do sofrimento que individualizam o usuário, ou seja, fundamenta-se na singularidade. É necessário conhecer a atitude do usuário frente à doença da qual é portador. Para tanto, é preciso escutar, olhar, observar e examinar o que é inusitado em cada usuário.

Autoeficácia: reflete a percepção individual ou as crenças sobre a capacidade de participar de determinadas atividades, com a finalidade de manter comportamentos para a redução de riscos;

Automotivação: relaciona-se ao componente individual da ação para garantir a adesão;

Autoestima: é semelhante à autoeficácia e é importante na redefinição de autoconceito e nas mudanças de papéis e estilos de vida (PIERIN et al.,2011).

Você já parou para pensar nas reações de diferentes usuários frente a um mesmo diagnóstico? Você já observou que alguns usuários menosprezam e outros supervalorizam a mesma doença?

Quando consideramos essas singularidades entendemos que as queixas não podem ser traduzidas apenas de forma técnica. Também precisamos decodificar os significados existentes por trás das falas e captar como o sujeito compreende o seu processo de adoecimento e tratamento.

Sendo assim, quando o profissional reconhece no usuário um sujeito dotado de necessidades e expectativas, torna-se possível ampliar a autonomia do mesmo no **processo de adoecimento**, bem como possibilitar que ele tenha maior conhecimento em relação ao seu estado, o que propicia novos sentidos para a elaboração de um projeto de saúde.



Saiba mais

Sobre o processo de adoecimento, consulte este site, disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a03v43n4.pdf>>.

3.3 A Família como unidade de suporte ao cuidado

Pautando-se no fato de que você já compreendeu a importância dos fatores culturais e psicossociais no processo de adoecimento, passamos a discutir agora, com você profissional, a necessidade de reconhecer na família uma unidade de suporte ao cuidado, elemento fundamental para o sucesso no manejo da doença crônica. Ayéndez (1994) entende que a família é a principal fonte de assistência e apoio à pessoa com doença crônica.

Partimos da premissa de que a doença crônica é vivida de maneira coletiva, pelo grupo familiar, pois quando um membro adoecer, toda sua rede de relações se altera. Sendo a família o grupo primário de inserção de um indivíduo, a tendência é que ela seja também afetada com a doença (HOFFMANN et al., 2005).

Em outras palavras, além de fazer um sentido para o usuário, a doença tem um significado para toda a família, que precisa de uma reorganização para lidar com o novo evento.

A doença crônica, ao atingir um membro da família, provoca mudanças decorrentes da preocupação com o doente, estas mudanças interferem em toda a estrutura familiar e requerem ajustes na sua dinâmica e organização.

Sendo assim, não podemos desconsiderar que características como: o estágio da vida familiar, o papel desempenhado pelo doente na família, as implicações que o impacto da doença causa em cada elemento e o modo como a família se organiza para lidar com a doença interferem no modo de enfrentar esta situação (HOFFMANN et al., 2005).



Palavra do profissional

Para clarear a diferença do impacto do adoecimento e suas implicações na família, sugerimos que você reflita sobre a repercussão do adoecimento na hierarquia familiar, por exemplo, se quem adoeceu foi o provedor ou um membro dependente. As repercussões no contexto familiar podem ser diferentes quando o acometido é o provedor ou o membro dependente. Ficou claro pra você? Tente imaginar outras situações que podem interferir na dinâmica familiar ocasionada pela doença crônica.

Na oferta de cuidados permanentes e contínuos, a família apresenta-se como uma instituição com uma importância estratégica, podendo ajudar ou não o usuário com doença crônica a manejá-la (ARMOUR, 2005).

Ao considerar que os comportamentos dos membros familiares podem interferir na adesão ao tratamento e que o estresse emocional e o apoio familiar podem influenciar no controle da doença, um estudo longitudinal realizado, que envolveu 54 adultos com diabetes *mellitus* tipo 1 (DM1) e seus familiares, estabeleceu a relação entre comportamentos familiares favoráveis e desfavoráveis ao regime de autocuidado, adesão ao tratamento medicamentoso e controle metabólico. Este estudo mostrou que na relação entre comportamento familiar e adesão, os comportamentos familiares negativos estavam associados com baixa adesão, especialmente referente aos testes de glicose, dieta e insulino terapia, bem como a um mau controle metabólico (SCHAFFER; MCCAUL; GLASGOW, 1986).



Saiba mais

Para entender a diferença entre DM tipo 1 e 2, acesse as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2009, p.13. Disponível em: <<http://ebookbrowse.com/diretrizes-sbd-2009-pdf-d127364644>>.



Palavra do profissional

Faça uma pequena pausa na leitura e busque na memória alguma vivência da sua prática profissional que retrate a interferência do contexto familiar nas práticas de saúde. Você consegue lembrar-se de um núcleo familiar que contribuiu para o tratamento do usuário? E de um que dificultou? Pense no quanto o contexto familiar interfere nas ações em saúde!

Destaca-se que a experiência de cuidar, para a família, sozinha ou com apoio de sua rede social mais próxima, é construída no seu dia-a-dia. Mas, de um modo geral, ela já possui um modelo explicativo de saúde-doença, formado por valores, crenças, conhecimentos e práticas que guiam suas ações. Este modelo explicativo deriva-se do sistema social, que determina as concepções e crenças culturais sobre algo, como já discutimos anteriormente (MODESTO, 2008).

Pensando nas estratégias de enfrentamento pela família, é necessário que ela possua flexibilidade em sua estrutura para se adaptar a situações novas, inesperadas e às mudanças exigidas pela doença, sem que seus membros percam sua identidade e referência dentro do sistema familiar. Caso contrário, as relações e os papéis podem se tornar confusos e não delimitados, levando a família a um funcionamento caótico e desestruturado, o que certamente prejudicaria ainda mais o processo de adaptação à doença (ARMOUR, 2005).

Neste intuito, faz-se necessário também compreender as características do contexto familiar, uma vez que possuem relações significativas com o doente e interferem no comportamento de autocuidado (FISHER et al., 2000).

Nesta direção, no decorrer da experiência profissional do enfermeiro, lhe é dado conhecer o contexto que perpassa o cotidiano das famílias, observe que estas, além de conviverem com a condição crônica de um de seus membros, defrontam-se muitas vezes com diversos tipos de problemas, direta ou indiretamente vinculados ao seu modo de cuidar.

Você concorda? Alguma vez você considerou o impacto da doença na estrutura familiar dos usuários de sua unidade de saúde? Já parou para pensar como a família se reorganiza diante de uma doença crônica de um de seus membros? Que tal explorarmos algumas dessas situações? Você sabia que um dos problemas mais frequentes vivenciados pelas famílias é a dificuldade financeira?

Constata-se que a situação econômica pode ser agravada quando envolve a condição crônica, por dois fatores: os custos elevados do tratamento continuado e as limitações impostas pela doença e tratamento na atividade laboral.

As situações sociais próprias da realidade brasileira (como desemprego, baixa renda, condições precárias de moradia, alcoolismo, violência, entre outros) podem ser também fatores agravantes para as doenças crônicas. Estes fatores contribuem para intensificar desequilíbrios e refletem diretamente na vida do usuário.

Quando pensamos nas restrições a que os sujeitos estão expostos, tais como:

- renda monetária insuficiente para a obtenção dos bens e serviços desejados;
- falta de acesso aos direitos constituídos, como a saúde e a educação;
- desrespeito em relação aos direitos civis e políticos; entre outros,

emerge-se a possibilidade de intervenções capazes de atuarem nos aspectos de interesse individual ou grupal (MACHADO; CAR, 2007).

Alguma vez você precisou acionar o serviço social por problemas financeiros detectados num núcleo familiar? Já orientou algum indivíduo sobre a solicitação de auxílio junto à Previdência de modo a garantir a continuidade do tratamento? Lembre-se de que dificuldades de ordem social também são vivenciadas pelas famílias de usuários com condições crônicas.

A dificuldade de acesso aos serviços de saúde, tanto pelo distanciamento geográfico entre a residência e a unidade de atendimento mais próxima quanto pelo número de consultas disponibilizadas, infraestrutura e recursos disponíveis pelas unidades de saúde, faz com que, muitas vezes, os usuários retornem para casa sem atendimento ou sem o devido seguimento e sistematização da assistência que as doenças crônicas exigem.

Outra dificuldade reside no fato de que as famílias podem enfrentar problemas de cunho cultural, técnicos e relacionados à falta de orientação, precisando assim, com frequência, de ajuda profissional.

Estas situações implicam na possibilidade de nos depararmos com famílias que apresentem dificuldades até mesmo cognitivas. Para efeito de ilustração, existem usuários que não conseguem organizar os horários dos medicamentos, sendo necessárias algumas estratégias propostas pelos profissionais, tais como o uso de símbolos como o sol e a lua, ou outros, que indiquem os horários de tomada dos medicamentos.



Palavra do profissional

Você reconhece a necessidade deste tipo de ajuda na sua prática profissional? Já vivenciou experiências parecidas como a mencionada anteriormente?

Além de evidenciar as dificuldades enfrentadas pelas famílias em seu cotidiano, como apresentado anteriormente, ressaltamos novamente que a família desempenha papel fundamental na manutenção e controle da saúde de seus membros, principalmente no caso da ocorrência da condição crônica no seio familiar, pois a ela cabe arcar com a continuidade do cuidado ao usuário no seu processo de viver e adoecer.

Cabe aqui pensarmos no fator hereditariedade, já discutido em unidades anteriores, como um dos fatores de risco para o surgimento da doença. Desta forma, pensar na educação dos usuários com hipertensão e diabetes pode favorecer a aquisição de hábitos saudáveis na família.



Saiba mais

Relembre o que são hábitos saudáveis na família ao ler o artigo disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n2/a07v61n2.pdf>>.

Entretanto, apesar de se atribuir à família o cuidado à saúde de seus membros, isto quase sempre ocorre sem que lhe sejam fornecidos os recursos e condições necessários. Isto dificulta que ela assuma com responsabilidade a sua parcela no processo de cuidar, o que muitas vezes pode trazer prejuízos para o seu bem-estar físico ou mental, decorrentes, por exemplo, do aumento dos custos e das responsabilidades.



Palavra do profissional

Você já refletiu acerca da sobrecarga das famílias no cuidado aos usuários com doença crônica? Você já incluiu no seu planejamento da assistência ações voltadas para o preparo da família?

Nesta vertente, uma das estratégias consiste em motivar a família. É relativamente fácil entender o quanto cuidar pode ser fatigante, no entanto, o cuidado pode ser recompensador e transformador.

Poucos são os profissionais de saúde que abordam aspectos benéficos do cuidado relacionados aos sentimentos de recompensa, amor, orgulho e satisfação.

Outra questão interessante, quando consideramos a família como unidade de suporte, consiste em reconhecer que os costumes sobre as práticas de saúde, os valores, as percepções em relação à doença e ao tratamento são pensados de maneira diferente pelos usuários, familiares e pelos profissionais de saúde.

Para compreender melhor o exposto acima, vamos retomar as características culturais e psicossociais presentes no seio familiar que interferem no enfrentamento das doenças. Tomaremos como exemplo a questão da alimentação.

A crença influencia diretamente a escolha dos alimentos diários. A alimentação humana está muito mais vinculada às exigências tradicionais do que às necessidades fisiológicas. Também não podemos ignorar que as diferenças na estrutura social determinam diferenças alimentares, uma vez que o consumo de determinados alimentos está ligado à renda.

A fome é saciada e formulada em termos culturais, sociais e históricos. Alimentar-se consiste em uma necessidade, mas também em um ato social. Quanto, o quê, quando, como, onde e com quem se come, além das prescrições e proscricções alimentares, são fatores determinados pela cultura.

As práticas, classificações e representações da alimentação demonstram o status de um indivíduo em uma sociedade. Neste sentido, o alimento pode ser interpretado como linguagem, como texto cultural que traduz as visões do mundo, da família, do corpo, do trabalho e das relações sociais (MENASCHE; MARQUES; ZANETTI, 2008).

A imagem dos alimentos se evidencia por elementos que ultrapassam o valor nutricional e envolve prazer, valores sociais e culturais, celebrações e memória familiar (ALVES; BOOG, 2008).

Por outro lado, para algumas pessoas, o seguimento do plano alimentar recomendado provoca amargura e tristeza e, assim, muitas vezes, os alimentos são acompanhados por sentimentos negativos, como a sensação de perda do prazer de comer e beber (PÉRES; FRANCO; SANTOS, 2006).

O paladar, o custo, a influência dos parceiros e amigos, a embalagem, a disposição nas prateleiras das lojas e a publicidade também exercem forte influência quanto à preferência dos alimentos (KAYMAN, 1989).

Diversificadas representações dos alimentos podem se revelar, por meio das sensações de conforto e proteção evocadas pela memória familiar, que para alguns podem remeter à infância ou a qualquer momento de vida, como escapes. Assim, quando se sentem carentes, desanimados, inseguros ou infelizes, podem manifestar predisposição à procura por alimentos.



Palavra do profissional

Percebeu como é complexo considerar as características culturais e psicossociais presentes no seio familiar na experiência do adoecimento? Sugerimos que você faça um exercício reflexivo, buscando elementos da sua prática diária que sustentem tais características.

Precisamos atentar que, nos determinantes culturais, a televisão apresenta-se como uma forte influência como transmissora de informações, propagando modos de ser e de estar no mundo.

Ainda no que se refere aos costumes, mencionamos também as terapias complementares, tais como o uso tradicional de chás, cujas informações passam de geração para geração. Pesquise a respeito de outras terapias complementares utilizadas ou referidas pelos usuários no seu contexto profissional.

Não podemos negligenciar que as crenças religiosas e espirituais também proporcionam possibilidades de significação e respostas às perguntas existenciais que se colocam diante da doença, uma vez que a religiosidade é parte relevante da vida de muitas famílias (BOUSSO et al., 2011).

Não é nosso objetivo neste momento adentrar nesta questão, até porque questões religiosas e espirituais suscitam muitas discussões, mas queremos que você reflita sobre como estas crenças podem interferir na continuidade do tratamento. Como elas podem contribuir para a adesão ou não do tratamento proposto. Pense nisso!

Muitas dificuldades subjacentes à adesão ao tratamento só virão à tona por meio da adoção de uma perspectiva mais dialógica entre o enfermeiro e o usuário. Nesta direção, compreende-se o processo saúde-doença como um elemento definido culturalmente. Os cuidados também são praticados de diferentes maneiras, ainda que existam alguns pontos em comum em relação ao cuidado em todas as culturas.

O cuidado pode ser revelado por meio de expressões, ações, padrões, estilos de vida e sentidos diferentes. Desse modo, o cuidado cultural pode ser definido como:

[...] os valores, as crenças e os modos de vida padronizados aprendidos, subjetiva e objetivamente, e transmitidos, que auxiliam, sustentam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter seu bem-estar, saúde, melhorar sua condição humana e seu modo de vida ou lidar com a doença, a deficiência ou a morte (LEININGER, 1985).



Palavra do profissional

O olhar da autora converge com o que discutimos até agora e aponta a necessidade da enfermagem conhecer o universo cultural dos usuários e suas respectivas famílias, para que possa compreender as variações no cuidado à saúde e assim elaborar e implementar um cuidado que atenda às reais necessidades do usuário e de sua família na rede de atenção em DCNT.

Neste sentido, o processo de cuidar e ser cuidado é permeado pelas concepções de vida, saúde, doença e cuidado dos indivíduos, sendo influenciado pelas relações familiares e sociais. Nesta linha de pensamento, a análise das práticas de cuidado da família ao indivíduo com doença crônica revela as regras e os procedimentos sobre as suas concepções de cuidado.

Considerando as concepções de cuidado, você consegue compreender como é difícil atingir alguns objetivos em saúde quando o próprio usuário e a família não assimilaram o seu processo de adoecimento? Tomando como exemplo um usuário com hipertensão arterial, como fazer para que ele incorpore novas práticas se ele não experimenta nenhum desconforto?

É importante assumirmos que, muitas vezes, a busca do atendimento pelos usuários e familiares ocorre apenas na presença de sinais e sintomas da doença. Isto explica a dificuldade das ações preventivas em saúde, uma vez que a procura pelos serviços é em decorrência de sinais e sintomas já manifestados.

Você já pensou que para algumas pessoas as consequências da doença podem ser percebidas como aspectos inerentes à jornada da vida? Por exemplo, uma pessoa pode entender que as complicações renais decorrentes da hipertensão arterial vão acontecer, independente de seguir corretamente o tratamento ou não.

Outra questão interessante é equacionar as expectativas. O que representa o estado de saúde para o usuário sob meus cuidados? Será que os objetivos estipulados no plano de cuidados são compartilhados? Eles atendem às expectativas do usuário ou do próprio enfermeiro?

O enfermeiro deve ter clareza na definição das intervenções em DCNT, individuais e coletivas, considerando os aspectos culturais e psicossociais, e a família como suporte para o cuidado.

Não podemos ignorar que o “completo bem-estar”, que define saúde, pode variar consideravelmente de acordo com características individuais, temporais e espaciais. Cada indivíduo elabora a própria maneira de viver de acordo com a cultura e com os meios a que pertence.

3.4 Resumo

Nesta unidade discutimos com você a necessidade de reconhecer a multidimensionalidade que envolve o viver com doença crônica. Nesta perspectiva, a nova lógica assistencial exige incluir informações objetivas e subjetivas do processo saúde-doença na elaboração das estratégias de enfrentamento/tratamento das DCNT. Ou seja, o processo de cuidar é uma estratégia fundamental no processo de formação de comportamentos e deve considerar as singularidades de cada indivíduo.

Isto porque o modelo explicativo do processo saúde-doença resulta do contexto histórico-cultural no qual o indivíduo se insere. Desta forma, o enfermeiro precisa compreender como o usuário/família vê o processo de adoecimento, pois é a sua percepção que determina seu enfrentamento.

3.5 Fechamento

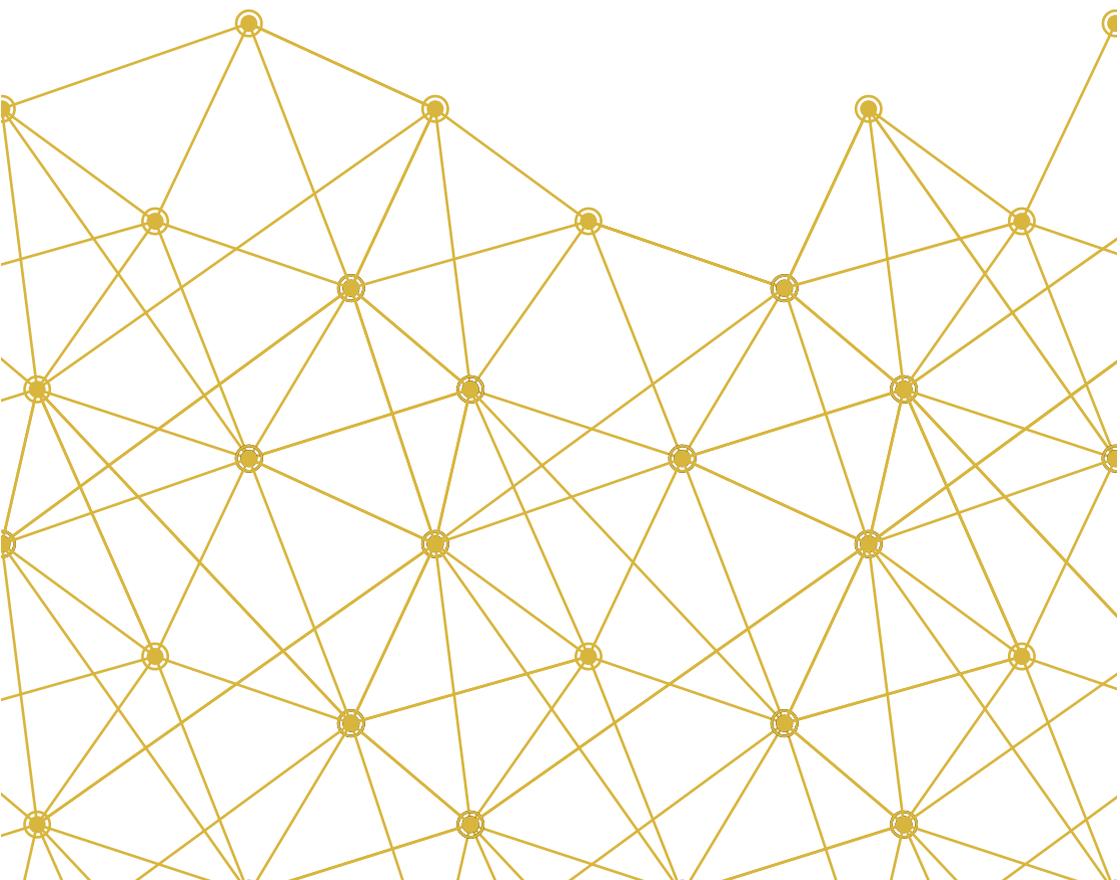
Esperamos que ao término desta unidade você consiga reconhecer a importância de considerar os aspectos culturais e psicossociais no processo de adoecimento e considerar a família como unidade de suporte no atendimento aos usuários com DCNT.

Na perspectiva da atenção integral à saúde dos usuários com doença crônica, os enfermeiros precisam levar em conta as necessidades e os interesses relacionados ao cotidiano dos sujeitos envolvidos neste processo.

3.6 Recomendação de leitura complementar

PÉRES D. S.; MAGNA J. M.; VIANA L. A. Portador de hipertensão arterial: atitudes, crenças, percepções, pensamentos e práticas. **Rev. Saúde Pública**. v. 37, n. 5, p. 635 - 42, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v37n5/17480.pdf>>.

UNIDADE 4



Unidade 4 – Fatores de risco específicos e detecção precoce da Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e do Diabetes Mellitus (DM)

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer os principais fatores de risco para a HAS e o DM, bem como as medidas de detecção precoce para sua devida prevenção.

4.1 Introdução

Já tínhamos falado um pouco sobre a HAS e o DM, mas queremos exaurir este tema pois estas doenças configuram-se como importantes problemas de saúde pública no Brasil ao considerarmos suas elevadas prevalências; as complicações agudas e crônicas a que dão origem; por representarem fatores de risco associados às doenças cardiovasculares, condicionando elevadas taxas de morbidade e mortalidade; bem como custos sociais e econômicos decorrentes do uso de serviços de saúde, absenteísmo no trabalho, aposentadoria precoce e incapacidade para o trabalho (AMERICAN DIABETIC ASSOCIATION, 2011).

Estas doenças ocasionam, com frequência, a invalidez parcial ou total do indivíduo, com graves repercussões para o usuário, a família e a sociedade. Por outro lado, quando diagnosticadas precocemente, são bastante sensíveis ao tratamento, oferecendo múltiplas chances de evitar complicações, retardar a progressão das já existentes e as perdas delas resultantes.

A abordagem em conjunto da HAS e DM nesta unidade se justifica pela apresentação dos fatores comuns às duas doenças, tais como:

- Etiopatogenia;
- Fatores de risco;
- Cronicidade;
- Necessidade de controle permanente, entre outros.

No que se refere à HAS, além de ser uma doença tratável, é um marco importante, passível de ser medido clinicamente no caminho causal que leva à doença cardiovascular sintomática.

Dados nacionais representativos obtidos, como já discutidos em unidades anteriores apontam quê:

- O controle da HAS (<140/90 mm Hg) é insatisfatório (IBGE, 2010; MOREIRA; CIPULLO; MARTIN, 2009; PEREIRA; COUTINHO; FREITAS, 2007).
- Os dados recentes sobre o DM mostram o aumento autorrelatado (VIACAVA, 2010).

A atual epidemia de obesidade e o maior acesso aos testes diagnósticos explicam grande parte do aumento de dados.

Nessa vertente, investir na prevenção e detecção precoce é fator decisivo, não só para garantir a qualidade de vida, mas também para evitar a hospitalização e os consequentes gastos oriundos das complicações.

4.2 HAS e DM: desafio para o SUS e para a sociedade

Detectar, estabelecer diagnóstico, identificar lesões em órgãos-alvo ou complicações crônicas e efetuar tratamento adequado para a HAS e o DM caracterizam-se como verdadeiros desafios para o Sistema Único de Saúde e a sociedade.



Palavra do profissional

Antes de iniciar a leitura do conteúdo específico desta unidade, faça uma reflexão sobre o número de usuários com HA e DM na área em que você atua. Você também concorda que o diagnóstico e o tratamento dessas doenças constituem grandes desafios? É alto o número de usuários acometidos na sua Unidade? E as complicações decorrentes dessas doenças, são identificadas por você na sua prática? Pense nisso!

Diante do exposto, e ao considerar todo o embasamento teórico e científico que você já adquiriu no transcorrer das Unidades, somado a sua experiência prática, passamos agora a discutir a redução dos principais fatores de risco comportamentais para a HAS e o DM, bem como as medidas de detecção precoce com vistas à prevenção e à redução dos agravos.

4.2.1 Fatores de risco para a HAS ou o DM

Quando falamos em **fatores de risco**, é clara para você a definição desse conceito já abordado em Unidades anteriores? Se não, retome o conceito de fatores de risco, pois ele será essencial para a compreensão desta Unidade. Se sim, vamos lá?

Fatores de risco são os componentes que podem levar à doença ou contribuir para o risco de adoecimento e manutenção dos agravos de saúde. Em outras palavras, é a probabilidade de que indivíduos saudáveis, mas expostos a determinados fatores, adquiram uma doença (PEREIRA, 1995).



Saiba mais

Os fatores que se associam ao aumento do risco de se contrair uma doença são chamados fatores de risco. Veja o que diz este artigo sobre o assunto:

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/abc/v86n3/a10v86n3.pdf>>.

Iniciaremos a nossa conversa abordando os fatores de risco para HAS ou DM. Você os reconhece? Leia atentamente cada um deles, dispostos no quadro abaixo, e tente relacioná-los ao perfil da população do seu serviço de saúde.

- Idade acima de 20 para HAS e acima de 40 anos para DM tipo 2;
- História familiar positiva para diabetes ou hipertensão;
- Obesidade (particularmente obesidade abdominal);
- Sedentarismo;
- Tolerância diminuída à glicose ou glicemia de jejum alterada;
- Presença de doença vascular aterosclerótica antes dos 50 anos ou de seus fatores risco (hipertensão, dislipidemia, entre outros);
- Mulheres com antecedentes de abortos frequentes, partos prematuros, mortalidade perinatal ou mães de recém-nascidos com mais de 4 kg*;
- Uso de medicamentos diabetogênicos (corticóides, anticoncepcionais, diuréticos tiazídicos, betabloqueadores, entre outros) ou hipertensores (corticóides, anticoncepcionais, anti-inflamatórios não hormonais, anti-histamínicos, antidepressivos tricíclicos, vasoconstrictores nasais, cocaína, entre outros)*;
- Síndrome dos ovários policísticos;
- Síndrome metabólica;
- Histórico de hiperglicemia ou glicosúria;
- Consumo excessivo de álcool (mais que 30 ml de etanol/dia)**;
- Consumo excessivo de sal**;
- Tabagismo;
- Indivíduos de cor não branca (fator de risco somente para hipertensão).

*mais específico para DM

** mais específico para HAS

Fonte: Protocolo SMS Ribeirão Preto, 2011.

Fatores de risco como idade, sexo, etnia e hereditariedade não são controláveis, mas mesmo assim merecem atenção por indicar a vulnerabilidade do indivíduo aos fatores de risco controláveis ou comportamentais, alertando para a necessidade de um controle mais rigoroso.

Por outro lado, os fatores de risco controláveis merecem destaque neste momento da nossa discussão.

Passemos agora a pensar um pouco nos fatores de risco SEDENTARISMO e OBESIDADE.

O sedentarismo ou inatividade física é um dos principais fatores de risco para o aparecimento de DCNT, dentre elas a HAS e o DM. É definido como a falta ou a grande diminuição de atividade física. Para deixar de fazer parte do grupo dos sedentários, o indivíduo precisa gastar no mínimo 2.200 calorias por semana em atividades físicas (WHO, 2004).

Quando falamos em atividade física, a definição do termo é clara para você? Você consegue diferenciar este termo de exercício físico?

Cabe aqui salientarmos que os termos exercício e atividade física em geral são usados de forma semelhante, porém, embora sejam utilizados como se representassem a mesma situação, têm definições diferentes.

A **atividade física** corresponde ao movimento do corpo em atividades de rotina; enquanto exercício é uma atividade planejada, estruturada, repetida para melhorar ou manter a performance física, como, por exemplo, caminhar, correr, andar de bicicleta, nadar, entre outros vários esportes. Destacamos que, no decorrer da unidade, utilizaremos ambos os termos.

Os **exercícios físicos** caracterizam-se por uma situação que retira o organismo de sua homeostase. Isto implica no aumento instantâneo da demanda energética da musculatura exercitada, além da necessidade do aumento do fornecimento de oxigênio e de energia para a manutenção de órgãos vitais. Assim, para suprir a nova demanda metabólica, várias adaptações fisiológicas são necessárias, com consequentes benefícios para a saúde do indivíduo (KEMMER; BERGER, 1992; BRUM et al., 2004).

As vantagens do exercício físico aeróbio regular incluem o controle do peso, da PA e do perfil lipídico (aumento do HDL-C), melhora da sensibilidade à insulina e diminuição de fatores trombóticos. Também é fato que a atividade física influencia positivamente nas funções cognitivas, transtorno de humor e sono, trazendo sensação de bem-estar (MELLO et al., 2005). Adicionalmente, reduz o estresse psicológico e combate a depressão.



Saiba mais

Para conhecer os padrões de atividade física da população brasileira, segundo o inquérito telefônico Vigitel, consulte o link a seguir.

Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_vol18_n1.pdf>.

Nesta direção, no que tange à prática de exercício físico, recomenda-se que indivíduos de todas as idades devem incluir um mínimo de 30 minutos de exercício físico de intensidade moderada (como caminhada) na maioria ou em todos os dias da semana.

O aumento do exercício físico deve ser gradual, de 10 minutos 3x/semana até 30-60 minutos 3x por semana ou diariamente, afim de que os benefícios da atividade física, já discutidos nesta Unidade, possam ser sentidos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011a).

As políticas nacionais devem garantir que atividades como caminhada, ciclismo, esportes e outras práticas de lazer sejam oferecidas ao público com acessibilidade e segurança para a promoção de atividades físicas. Sendo assim, ações dirigidas a outros setores, tais como transporte, educação, esporte e urbanismo, também podem ser encorajadoras.



Palavra do profissional

Os programas de orientação aos indivíduos devem adotar uma linguagem clara e objetiva a fim de facilitar a incorporação de atividades ou exercícios físicos no seu cotidiano, como caminhar, andar de bicicleta, nadar, subir escadas, realizar atividades domésticas dentro e fora de casa e optar sempre que possível pelo transporte ativo nas funções diárias.

Quanto às crianças e adolescentes em idade escolar, recomenda-se que devam estar envolvidas em atividades físicas de intensidade moderada, apropriadas ao seu estágio de crescimento e desenvolvimento. É importante estimular a prática de atividades físicas na escola e também fora do horário escolar, assim como desestimular o hábito frequente de assistir TV e o uso de videogames e computadores como forma de lazer. As crianças e os adolescentes com sobrepeso devem ser estimuladas a integrarem-se aos grupos de prática de atividade física a fim de fortalecer vínculos sociais e afetivos.

Programas de promoção de atividade física no local de trabalho também são eficazes, como dispor de espaços apropriados e incentivar o uso de escadas, por exemplo. É importante envolver os trabalhadores no planejamento e na elaboração do programa de atividade física, bem como envolver as famílias por meio de boletins, informativos, festivais, entre outros.

Além disso, as ações podem estender-se à comunidade, com cooperação de vários setores, tais como o **Programa Academia da Saúde, criado pela Portaria n. 719, de 7 de abril de 2011** (BRASIL, 2011). Dentro dessa proposta, podemos citar os programas de atividades físicas de grupos como o da terceira idade.



Palavra do profissional

Você pode citar outros exemplos da sua comunidade que estimulem a prática do exercício físico? O seu município possui políticas definidas para a prática do lazer, com investimentos em parques, praças, ginásios cobertos, quadras de esporte, ciclovias? Que tal olharmos para um exemplo prático do que estamos discutindo?



Saiba mais

Aprofunde o seu conhecimento e leia sobre o Programa Academia da Saúde em:

Disponível em:

<http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/portaria_academia_saude_719.pdf>.

Assim como o sedentarismo, e em consequência dele, o sobrepeso e a obesidade representam uma séria ameaça à saúde, estando fortemente associados a um risco aumentado para o desenvolvimento da HAS e do DM. Além da doença orgânica, o problema do peso excessivo traz prejuízos para a qualidade de vida física, com a limitação da prática de atividades físicas, e para a saúde mental, favorecendo a insatisfação com a imagem corporal que, por sua vez, implica redução da autoestima.

O problema do peso excessivo, acompanhado de todas as suas consequências, torna-se ainda mais preocupante quando constata-se que elevadas proporções da população são afetadas e em faixas etárias cada vez mais jovens.

Pesquisas antropométricas domiciliares, com representatividade nacional, realizadas periodicamente desde meados da década de 1970, revelam um aumento substancial da frequência de excesso de peso (CONDE; MONTEIRO, 2010).

Referindo-nos agora à obesidade abdominal, sua prevenção e tratamento são fundamentais para manter a saúde e diminuir a prevalência e a incidência de DM tipo 2 e DCV (prevenção primária e secundária).

Diante do exposto, a modificação do estilo de vida, com a diminuição do depósito de energia, parece ser uma solução eficaz e de baixo custo para a prevenção e o tratamento das DCNT. Uma dieta saudável e um programa de exercícios, além de reduzir o risco de desenvolvimento da HAS e do DM, são essenciais para o gerenciamento das doenças, por causa da diminuição da resistência à insulina, da pressão arterial, dos níveis de colesterol e do peso corporal (GOLDFINE, A. B.; GOLDFINE, H. L, 2003).

A principal estratégia de prevenção e tratamento é o **binômio: alimentação balanceada e exercício físico regular**.

Passemos agora a discutir sobre os fatores de risco:

		
Dieta	Consumo nocivo de álcool	Tabagismo

A terapia nutricional é fundamental no tratamento da HAS e DM para a obtenção e a manutenção do estado metabólico adequado, com a melhora da sensibilidade à insulina, a diminuição dos níveis plasmáticos de glicose, a melhora dos níveis pressóricos, a redução da circunferência abdominal e dos níveis de LDL-C e triglicédeos, além do aumento do HDL-C e da prevenção das complicações tardias (KLEIN et al., 2004).

O tratamento deve ser individualizado, para isto, ele deve fornecer um valor calórico total (VCT) de acordo com as necessidades calóricas diárias, atividade física e hábitos alimentares.

Nesta direção, dietas pouco saudáveis aumentam o risco de desenvolvimento de HAS e DM. Por outro lado, **dietas saudáveis e balanceadas** diminuem esse risco.



Saiba mais

Você encontra mais informações sobre esses temas no **Guia Alimentar Para a População Brasileira: Promovendo a Alimentação Saudável**. Disponível em: <http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/guia_alimentar_conteudo.pdf>.

Como você identifica hábitos de consumo alimentar saudáveis nos indivíduos com HAS e DM que fazem parte da sua prática assistencial?

Ao olhar um pouco para a realidade nacional por meio de dados do Vigitel, verifica-se que o consumo de frutas e hortaliças e de feijão, em cinco ou mais dias da semana, foram relatados por 29,9% e 66,7%, respectivamente, na população com 18 anos ou mais. Por outro lado, é alto o percentual de pessoas que consomem gordura na carne (34,2%) e no leite (56,4%) (SCHMIDT et al., 2011).



Palavra do profissional

O estudo acima abordado evidencia a realidade do consumo alimentar da população brasileira, bem como a transição nutricional que vivenciamos, revelando alto consumo de produtos industrializados ricos em gorduras, açúcares e sódio, e baixo consumo de alimentos in natura como frutas, verduras, legumes e grãos.



Saiba mais

Os dados mencionados foram coletados pelo **Sistema de Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico** (Vigitel), um estudo descritivo das características do padrão da atividade física entre adultos brasileiros no ano de 2006. Para conhecer os padrões de atividade física da população brasileira, segundo o **inquérito telefônico Vigitel**, consulte o Portal da Saúde. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/revista_vol18_n1.pdf>.

Cabe destacar que os alimentos ricos em sacarose normalmente contêm altas taxas de gordura, baixo teor de fibras, vitaminas e minerais, facilitando, assim, o aumento de peso e conseqüentemente o risco de desenvolvimento da HAS e do DM (FRANZ et al., 2002).

O consumo de fibras, presentes nos legumes, raízes e tubérculos, deve ser incentivado. As fibras têm como função retardar o esvaziamento gástrico, diminuindo a absorção intestinal de glicose e os níveis de LDL-colesterol, além de facilitar o trânsito intestinal (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008).

É fundamental valorizar e incentivar a ingestão hídrica para melhorar o aproveitamento das fibras que são solúveis em água.

O consumo de alimentos ricos em gorduras trans deve ser restringido - gorduras hidrogenadas, margarinas duras, sorvetes, chocolates, salgadinhos do tipo chips, molhos para saladas, maionese, cremes para sobremesas - uma vez que esse tipo de gordura aumenta o LDL-C e os triglicérides e reduz a fração do HDL-C (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008; FRANZ et al., 2002).

Na mesma linha, estudos afirmam que se o consumo de sal fosse reduzido para o nível recomendado, até 2,5 milhão de mortes poderiam ser evitadas a cada ano (LAW; FROST; WALD, 1991; HE; MACGREGOR, 2003). Os países com propostas e iniciativas para redução do sal, Finlândia, França, Irlanda, Japão e Reino Unido, têm demonstrado resultados positivos mensuráveis e satisfatórios (WEBSTER et al., 2010).

O conhecimento e a experiência clínica constituem as bases para as recomendações nutricionais no planejamento alimentar para pessoas com HAS e DM, e também para a prevenção das complicações agudas e crônicas advindas das doenças.

Entretanto, sempre foi difícil estabelecer o nível de evidência usado para construir as recomendações nutricionais em HA e DM. Atualmente, é reconhecida como evidência de nível A que uma dieta saudável deva conter grãos integrais, frutas, verduras, legumes e leite desnatado (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008), tanto para indivíduos com HAS e DM como para pessoas saudáveis.

O governo fez avanços recentes nesta direção, muitos deles já discutidos em unidades anteriores. Na mesma direção, a Política Nacional de Alimentação e Nutrição (PNAN) retoma o tema segurança alimentar e, entre suas diretrizes, define a importância da prevenção das DCNT por meio do acesso à alimentação saudável (BRASIL, 2001).

Diante do exposto, a finalidade da terapia nutricional em HA e DM é atingir ou manter o peso ideal do indivíduo, face à descompensação da doença e a sua etiologia que acomete as pessoas na idade adulta e que se encontram na maioria das vezes com sobrepeso ou obesidade.

Outro fator de risco a ser destacado é o consumo de álcool, que é uma das poucas drogas psicotrópicas que tem seu consumo admitido e incentivado pela sociedade. Nas últimas décadas, o consumo vem aumentando no mundo todo, sendo que a maior parte deste aumento deve-se aos países em desenvolvimento (BRASIL, 2006b).

Embora 45% dos adultos brasileiros se abstenham do consumo de álcool, a proporção de consumo excessivo e a dependência são altas. Estima-se que 25% dos adultos relatem pelo menos um problema de natureza social, ocupacional, familiar, legal ou físico relacionado ao uso de álcool.

As estimativas de dependência de álcool variam de 9% a 12% em toda a população adulta, sendo três a cinco vezes maiores em homens em comparação às mulheres. A dependência de álcool também é mais alta em adultos jovens e naqueles com níveis intermediários de educação e renda (CARLINI; GALDUROZ; NOTO, 2005; GALDUROZ; CARLINI, 2007; LARANJEIRA et al., 2010).

O consumo excessivo de álcool é um importante fator de risco para a morbimortalidade no nosso país, além de ser um fator de risco para acidente vascular cerebral, fibrilação atrial e insuficiência cardíaca, doenças neurológicas, transtornos mentais, cirrose, pancreatite e certos tipos de câncer (BRASIL, 2006b).

Para indivíduos que optem por manter o hábito regular de ingestão de álcool, os profissionais de saúde devem recomendar o consumo leve a moderado, ou seja, um máximo equivalente a duas doses diárias para homens e uma dose diária para mulheres (BRASIL, 2006b).

O consumo moderado de bebidas alcoólicas mostra correlação favorável com a morbidade e mortalidade das DCV.

Recomenda-se, para os que usam bebidas alcoólicas, limitar o consumo a, no máximo, duas doses de 15g de etanol cada, totalizando 30g/dia de etanol para homens e uma dose de 15g/dia para mulheres ou pessoas de baixo peso, conforme quadro abaixo.

Aos que não se enquadram nesses limites máximos de consumo, é recomendado o abandono. Não é recomendável a indicação de bebidas alcoólicas para a prevenção de DCV, pelo risco de dependência por causa do consumo excessivo, expondo o indivíduo aos potenciais efeitos maléficos sociais e orgânicos. Para melhor visualização, veja o consumo recomendado:

1 DOSE = 15g/dia etanol
Corresponde a:



1 cálice de vinho
1/2 drinque de destilado
1 lata cerveja

Diretrizes importantes para o controle do consumo excessivo de álcool foram estabelecidas, culminando em 2007 na Política Nacional sobre o Álcool (BRASIL, 2007). Essa política inclui ações educacionais, regulamentação de propaganda e comercialização, cumprimento de pena decretada em Lei para quem ingerir álcool e dirigir e atendimento a indivíduos com problemas relacionados ao álcool. Esta política, e muitas outras, ainda se volta ao grave problema das causas externas de morte e incapacidade prematura ligadas às diversas formas de violência, cujo manejo envolve ações de setores como os relacionados à segurança pública, ao trânsito e outros.

Diante do exposto, quais estratégias você, profissional de saúde, considera importantes para a redução do agravo provocado pelo consumo nocivo de álcool? Esta problemática é comum na sua realidade?

Apresentamos a seguir algumas estratégias adotadas para o controle desta problemática, tais como:

- O aumento dos impostos especiais de consumo sobre bebidas alcoólicas;
- Regulamentação para a disponibilidade de bebidas alcoólicas;
- Regulamentação de idade mínima para a compra legal;
- Restrições na comercialização de bebidas alcoólicas por meio de *marketing* eficaz;
- Proibições abrangentes de publicidade.

As medidas para o trânsito também são importantes:

- Adoção de testes de ar expirado;
- Pontos de verificação de sobriedade;
- Limite de concentração de álcool no sangue de 0,5g/l para condutores;
- Tratamento de distúrbios relacionados ao uso do álcool;
- Intervenções breves para o risco e o uso nocivo.

Sugerimos que você reflita criticamente sobre as estratégias e medidas apresentadas.

Deve-se também considerar o tabaco como o produto prejudicial mais amplamente disponível no mercado. Legislar e programar o controle do tabagismo tem sido um enorme desafio, pois o Brasil é o maior exportador e o segundo maior produtor de tabaco do mundo. O Brasil tem promulgado, desde o final da década de 1980, um conjunto abrangente de leis para controlar a comercialização do tabaco e seu consumo.

O Programa Nacional do Tabagismo, organizado desde 1996, tem sido considerado modelo mundial por articular políticas públicas e desenvolver legislação específica com ênfase no controle da propaganda e na taxaço dos derivados do tabaco, entre outras medidas. Este Programa, coordenado e executado pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA), inclui vigilância, legislação e incentivos econômicos, além de educação em escolas, locais de trabalho e unidades de saúde.

Em 2006, o Brasil ratificou a Convenção-Quadro para o Controle do Tabaco (CQCT) da Organização Mundial da Saúde (OMS), um conjunto de medidas cujo objetivo é deter a expansão do consumo de tabaco e seus danos à saúde. Veja algumas delas:

- Um número de telefone colocado nas embalagens de cigarros, com ligação gratuita dentro do país, oferece orientações sobre como parar de fumar;
- Novos Projetos de Lei sobre controle do tabaco têm sido amplamente discutidos e aprovados nos níveis nacional, estadual e municipal;
- Em sete Estados, o fumo foi proibido em todos os ambientes coletivos fechados, públicos ou privados;
- Em 2007, houve elevação da alíquota do Imposto sobre Produtos Industrializados (IPI) sobre cigarros.



Saiba mais

Sobre o assunto, você encontra mais informação no site do INCA. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/convencao_quadro_texto_oficial.pdf>.

Outra intervenção consiste na assistência à cessação do tabagismo. Tendo em vista que ele é um fator de risco para o aumento da incidência de doenças, como a HAS e o DM, a recomendação para abandono deve ser universal. O tratamento deve ser disponibilizado na rede pública, por meio de linhas telefônicas diretas e campanhas de sensibilização. A modalidade de tratamento mais eficaz deve combinar a terapia comportamental e farmacológica.

Tanto as intervenções farmacológicas quanto as não farmacológicas, bem como o simples aconselhamento para parar de fumar, possuem benefício comprovado para efetivo abandono do tabagismo. No entanto, é fundamental que o usuário esteja disposto a parar de fumar, e desta forma esteja no centro do plano de cuidados (BRASIL, 2006b).

No que se refere aos métodos utilizados para a cessação do hábito de fumar, e para os quais existem evidências científicas sobre sua eficácia, eles incluem a abordagem cognitivo-comportamental e alguns medicamentos. A abordagem cognitivo-comportamental combina intervenções cognitivas com treinamento de habilidades comportamentais. Os componentes principais desta abordagem envolvem: a detecção de situações de risco de recaída e o **desenvolvimento de estratégias de enfrentamento**. Este tipo de abordagem envolve o estímulo ao autocontrole para que o indivíduo possa tornar-se um agente de mudança de seu próprio comportamento (BRASIL, 2001).

Desta forma, o programa deve estar estruturado para: preparar o fumante para soluções de seus problemas; estimular habilidades para resistir às tentações de fumar; preparar o fumante para prevenir a recaída; prepará-lo também para lidar com o estresse. Nesta direção, a *Sociedade Brasileira de Diabetes* propõe que os Programas de Educação antitabaco sejam considerados na avaliação dos serviços de saúde (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011a).



Saiba mais

Procure informações disponibilizadas pelo INCA sobre as estratégias de enfrentamento do tabagismo no Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/tabagismo/>>.

4.2.2 Medidas de detecção precoce para HAS ou DM

Esperamos que tenha ficado claro que a prevenção da HAS e do DM e de suas complicações é hoje prioridade na saúde pública, considerando a elevada carga de morbidade e mortalidade associada a essas doenças.

Nesta vertente, a literatura nos mostra como podemos intervir para reduzir a carga da HAS e do DM:

PREVENÇÃO PRIMÁRIA	Identificação dos fatores de risco e intervenção para modificá-los em âmbito individual e coletivo.
PREVENÇÃO SECUNDÁRIA	Rastreamento e diagnóstico precoce; Garantia de acesso e utilização dos serviços de saúde; Qualidade do cuidado prestado.

Comentamos em módulos anteriores que em 2006, após discussões e acordos realizados por representantes federais, estaduais e municipais, uma ampla política de promoção de saúde foi aprovada, lembra-se?

A política incluiu uma série de ações, tais como:

- Articulações intersetoriais;
- Propostas de educação em saúde;
- Monitoramento das doenças crônicas e de fatores de risco;
- Fornecimento de atenção à saúde centrado em instruções sobre alimentação saudável;
- Estímulos à atividade física;
- Estímulos à redução do tabagismo;
- Atenção ao uso prejudicial de álcool.

Além da intervenção nos fatores de risco, o rastreamento e o diagnóstico precoce constituem estratégias efetivas na redução significativa da incidência da HAS e do DM e, conseqüentemente, de suas complicações micro e macrovasculares.

Considerando que essas doenças permanecem assintomáticas por um longo tempo, a detecção e o diagnóstico precoce permitem que um plano de tratamento para a redução das complicações relacionadas à doença seja realizado.

O acesso efetivo ao sistema de saúde, a garantia de qualidade do tratamento, a educação e a adesão dos usuários ao tratamento poderiam reduzir a carga das doenças.

Você sabia que do total de indivíduos com DM e HAS, apenas metade é conhecedor da sua doença? Você pode estar se perguntando o que queremos dizer com isso. Queremos chamar a sua atenção para a necessidade de trabalharmos essa questão com os sujeitos: fazermos com que eles prestem atenção aos sinais do seu corpo!!!



Palavra do profissional

Como já mencionamos, ignorar os sintomas e adiar o tratamento pode levar a complicações graves, tanto na HAS quanto no DM. Diante destas evidências, como as medidas de detecção precoce podem motivar as pessoas? Uma estratégia consiste em orientá-las a prestar atenção nos sinais e sintomas sugestivos de um desequilíbrio do metabolismo do corpo.

Lembre que os sintomas clássicos de diabetes são os “4Ps”:

- Poliúria;
- Polidipsia;
- Polifagia;
- Perda involuntária de peso.

Outros sinais e sintomas que levantam à suspeita clínica são:

- Fadiga;
- Fraqueza;
- Letargia;
- Prurido cutâneo e vulvar;
- Infecções de repetição.

Algumas vezes o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como:

- Neuropatia;
- Retinopatia; ou
- Nefropatia.

Na direção da detecção precoce do DM, testes de rastreamento são indicados em indivíduos assintomáticos com PA sustentada maior que 135/80mmHg ou que apresentam maior risco da doença.



Palavra do profissional

Alertamos que indivíduos de alto risco requerem investigação diagnóstica laboratorial com glicemia de jejum ou teste de tolerância à glicose.

Alguns casos serão confirmados como diabetes, outros apresentam alteração na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída ou glicemia de jejum alterada), o que confere maior risco de desenvolver diabetes.

Os enfermeiros, na sua Unidade, reconhecem a necessidade da verificação da glicemia plasmática para os usuários com risco elevado como medida de detecção precoce do DM? Você se lembra dos parâmetros de normalidade da glicemia para a detecção precoce da doença? Que tal relembrar?



Saiba mais

Veja o que dizem os Parâmetros de diagnóstico de DM, na página 19.

Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>.

No caso da **HAS**, o diagnóstico é basicamente estabelecido pela aferição dos níveis tensoriais quando estes estão elevados acima dos limites de normalidade e mantém regularidade nesta alteração.

Portanto, a medida da pressão arterial é o elemento chave para o estabelecimento do diagnóstico. Está recomendado o rastreamento da hipertensão arterial nos adultos (acima de 18 anos) sem o conhecimento de que sejam hipertensos (BRASIL, 2010).



Saiba mais

Os enfermeiros na sua unidade reconhecem a necessidade da mensuração da PA de forma criteriosa? Você se lembra dos parâmetros de normalidade da PA? Que tal lembrar? Procure em Parâmetros de normalidade da PA – Pag. 51 e 52.

Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad29.pdf>.

Há outros métodos para caracterizar a pressão arterial dos indivíduos, dentre eles a Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) e a Monitorização Ambulatorial da Pressão Arterial (MAPA), que serão abordados em unidades posteriores.

Diante das discussões acima realizadas, pensando nas estratégias mencionadas para a detecção precoce da HAS e DM, você realiza atividades na sua unidade que motivem a população a mensurar a pressão arterial e a glicemia plasmática?

4.3 Resumo

Nesta unidade vimos que a HAS e o DM estão associados a elevadas taxas de morbidade e mortalidade, bem como a custos sociais e econômicos. Por estes motivos, as estratégias de prevenção com vistas à redução significativa da incidência da HAS e do DM devem estar pautadas no controle dos fatores de risco comportamentais ou controláveis.

Foram discutidos os fatores de risco comuns, tais como o sedentarismo, o sobrepeso e obesidade, o uso nocivo do álcool e fumo, destacando as ações já implementadas, bem como os atuais desafios.

Também discutimos a importância da detecção precoce, que permite iniciar a terapia com redução das complicações relacionadas à doença. Reforçamos ainda o papel do enfermeiro para motivar a população a prestar atenção aos sinais e sintomas do corpo, como medida para a busca dos serviços de saúde para detecção precoce da HAS e do DM.

4.4 Fechamento

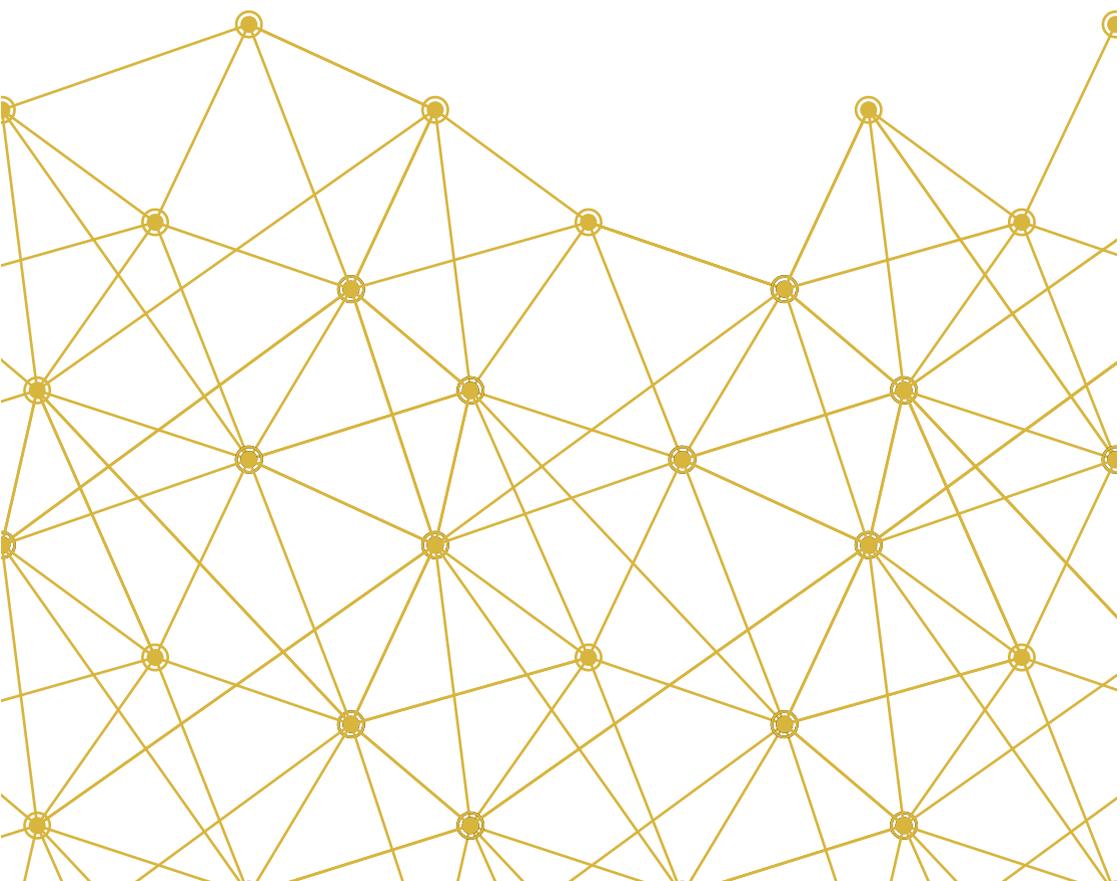
Esperamos que você profissional tenha reconhecido a relevância de detectar e intervir precocemente nos fatores de risco, vislumbrando a redução da morbimortalidade associada à HA e ao DM. O conteúdo aqui discutido deverá nortear as suas ações assistenciais aos usuários com HA e DM, bem como subsidiar transformações do seu cotidiano.

A partir de agora trabalharemos as questões de tratamento e metas de controle da HA e do DM.

4.5 Recomendação de leitura complementar

TOSCANO, C. M. As campanhas nacionais para detecção das doenças crônicas não transmissíveis: diabetes e hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. , p. 885-895, 2004. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n4/a10v9n4.pdf>>.

UNIDADE 5



Unidade 5 – Terapêutica medicamentosa e não medicamentosa e metas de controle.

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer a terapêutica medicamentosa, a não medicamentosa e as metas de controle relacionadas à HAS e ao DM.

5.1 Introdução

Na unidade anterior, discutimos a importância das intervenções nos fatores de riscos comportamentais ou controláveis, de modo a evitar o aparecimento da HAS e do DM. Nesta unidade, vamos discorrer sobre as modalidades terapêuticas indicadas para o tratamento e controle da HAS e do DM, bem como sobre intervenções que contribuam para minimizar as complicações advindas dessas doenças.

Quando o usuário recebe o diagnóstico de HAS ou DM e as medidas que orientam modificações adequadas ao seu estilo de vida (educação em saúde, plano alimentar e formas de incrementar a atividade física), pode ser necessária a prescrição medicamentosa como parte do tratamento.

O tratamento tem como meta o alcance dos valores de glicemia e de pressão arterial dentro dos parâmetros de normalidade, conforme já mencionado no decorrer das unidades anteriores, devendo o enfermeiro dispor de estratégias efetivas para o seu controle e manutenção a longo prazo. Em verdade, um dos objetivos essenciais no tratamento da HAS e do DM é a obtenção de níveis pressóricos e glicêmicos tão próximos da normalidade quanto é possível alcançar na prática clínica.

Nesta direção, abordaremos agora as modalidades terapêuticas indicadas para o tratamento e controle da HAS e do DM (tratamento medicamentoso e não medicamentoso) e as metas para controle metabólico.

5.2 Terapêutica não medicamentosa e medicamentosa

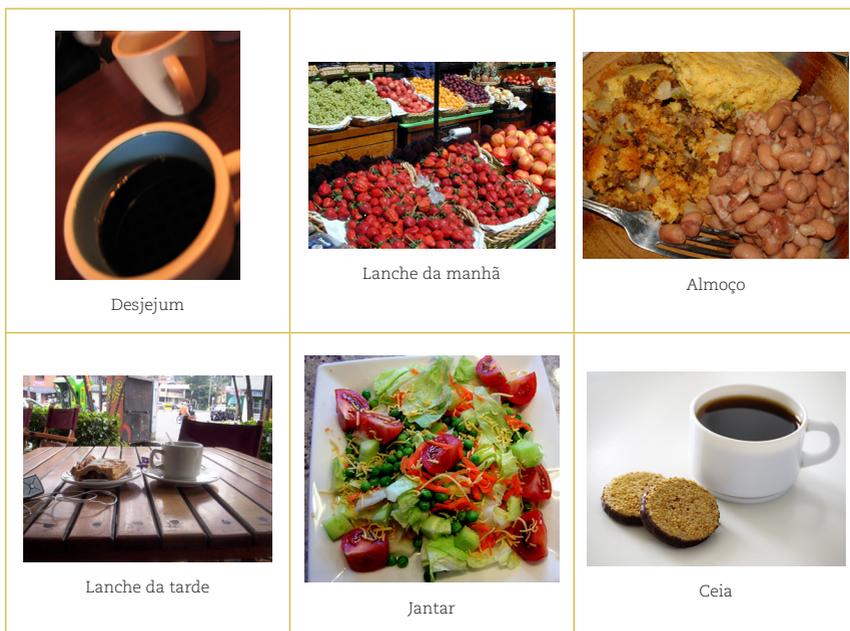
Estudaremos a terapêutica e as diferenças entre a medicamentosa e a não medicamentosa. Acompanhe a seguir.

5.2.1 Terapêutica não medicamentosa

Embora a terapêutica medicamentosa seja a principal forma de tratamento para muitos usuários com HAS e DM, as medidas não medicamentosas devem ser realizadas por toda a vida e, muitas vezes, quando introduzidas logo após o diagnóstico, pode retardar o aparecimento de complicações, bem como o início do tratamento medicamentoso. Você lembra quais medidas de tratamento não medicamentoso são essas?

Com o objetivo de atingir a normalidade dos níveis glicêmicos e pressóricos, bem como manter ou reduzir o peso corporal, é recomendado que o plano alimentar seja fracionado em três refeições principais e duas a três refeições intermediárias complementares, o que totaliza 5 a 6 refeições ao dia.

A preferência deve ser dada a alimentos integrais, grelhados, assados, cozidos no vapor ou até mesmo crus. Deve-se evitar os alimentos enlatados, defumados, a adição de sal aos alimentos, molhos e caldos. Essas recomendações devem levar em consideração as condições socioeconômicas, as preferências individuais e a disponibilidade de horários. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES, 2011a; AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2008).



A terapia nutricional da pessoa com HAS ou DM baseia-se nas recomendações alimentares para a população em geral.



Saiba mais

Veja informações sobre o Fluxograma de tratamento – Tratamento não medicamentoso HA e DM – Pag. 47 e 48. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssau/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>.

Após a leitura do material indicado, ao constatar as recomendações, limitações e readequações necessárias para modificar os hábitos alimentares, gostaríamos que você enfermeiro fizesse agora uma reflexão de como você realizaria as orientações a um usuário com HAS e/ou DM. Compartilhe com seus colegas a sua decisão.

A indicação da atividade física como parte integrante do esquema terapêutico para o controle da HAS e do DM exige da equipe multiprofissional de saúde conhecimento específico sobre os riscos e benefícios da atividade física em uma população que já tem a fisiologia e a adaptação hormonal do corpo comprometido.

Recomenda-se, então, um plano de atividade física individualizado, que leve em consideração os fatores fundamentais como categoria da HAS, tipo de DM, idade, objetivos do tratamento e presença de complicações crônicas e comorbidades.

Dessa forma, é inquestionável o papel do estilo de vida saudável que inclui a prática da atividade física na melhora do controle da HAS e do DM. A abordagem simultânea da terapia nutricional e do exercício físico é importante, uma vez que engloba grande parte das mudanças necessárias relacionadas ao estilo de vida, tanto para a prevenção como para o controle da HA e do DM.



Palavra do profissional

Diante do exposto, a terapia nutricional, baseada no estabelecimento de um plano alimentar individualizado e na orientação, associada à prática da atividade física é considerada a terapia de primeira escolha para o controle do DM devido à comprovada efetividade de sua utilização.

Já o tratamento medicamentoso consiste, além da utilização de antidiabéticos orais ou insulina, na utilização de medicamentos para o controle das comorbidades comumente encontradas em associação com HAS e o DM (FRANZ et al., 1995; (SBD, 2011a, 2011b).

5.2.2 Terapêutica medicamentosa

Frente à evolução natural da doença e o conteúdo acima exposto, dificilmente as pessoas com HAS e DM conseguirão manter seu controle apenas com as medidas não medicamentosas, mais cedo ou mais tarde a grande maioria necessitará de medicamentos em seu tratamento.

Logo, ambos os tratamentos, não medicamentoso e medicamentoso, são realizados concomitantemente.

Os agentes antidiabéticos e anti-hipertensivos devem ser indicados quando os valores glicêmicos encontrados em jejum ou pós-prandiais estiverem acima dos requeridos para o diagnóstico do DM, bem como quando os va-

lores pressóricas estiverem acima do recomendado para o diagnóstico da HAS, respectivamente.

Voltando o nosso olhar para a terapêutica medicamentosa empregada no tratamento da HAS e do DM, sugerimos que você analise o quadro abaixo apresentado para identificar os medicamentos mais utilizados no controle dessas doenças, que são disponibilizados pelo Sistema único de Saúde (SUS).

INSULINAS U-100 ORIGEM: HUMANA	Tipo de ação	Intermediária (NPH)
		Rápida ou regular (R)
ANTIDIABÉTICOS ORAIS	Sulfonilureia	Glibenclamida 5mg
		Glicazida MR 30mg
	Biguanida	Metformina 850mg
ANTI-HIPERTENSIVOS	Diuréticos	Hidroclorotiazida (25mg)
		Furosemida (40mg)
		Espironolactona (25mg e 100mg)
	Betabloqueadores	Propranolol (40mg)
		Carvedilol (6,25mg e 12,5mg)
	Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA)	Enalapril (10mg)
		Captopril (25mg)
	Bloqueador do Receptor da Angiotensina 1 (BRA)	Losartan (50mg)
	Bloqueador de canal de cálcio	Anlodipina (5mg)
	Bloqueadores adrenérgicos centrais	Alfametildopa (500mg)
Clonidina (0,150mg)		
HIPOLIPEMIANTE/ ANTIAGREGANTE PLAQUETÁRIO		Sinvastatina (20mg) Ácido acetilsalicílico (100mg)



Palavra do profissional

Ao visualizar a lista de medicamentos citada, você pode dizer se eles são prescritos e fornecidos na sua unidade? Você reconhece a especificidade de cada um deles? Passemos agora a discutir um pouco mais sobre as especificidades das diferentes classes dos antidiabéticos.

Os antidiabéticos orais (ADOs) são substâncias que tem a finalidade de manter a glicemia dentro ou próximo aos valores normais (jejum <100 mg/dl e pós-prandial <140 mg/dl), respeitando as características individuais. (SBD, 2011a, 2011b).

Atualmente, no mercado, existem disponíveis os chamados antidiabéticos orais tradicionais e as novas opções de antidiabéticos orais.

Os ADOs tradicionais incluem:

- Os secretagogos de insulina (sulfonilureias e glinidas);
- Os redutores da produção hepática de glicose (biguanidas);
- Os sensibilizadores de insulina (glitazonas);
- Os inibidores da α -glicosidase (acarbose).

Ou seja, quatro grupos que são classificados de acordo com o mecanismo de ação principal. Já as novas opções de ADOs são representadas pelos inibidores da enzima Dipeptidilpeptidase IV - DPP-IV (gliptinas) e pelas incretinas.

No entanto, como finalidade prática, os ADOs tradicionais podem ser classificados em duas categorias principais: agentes hipoglicemiantes e agentes anti-hiperglicemiantes. Os agentes hipoglicemiantes são considerados fármacos de primeira escolha para o tratamento dos usuários com DM tipo 2, não obesos.

Os agentes hipoglicemiantes devem ser administrados 30 minutos antes das refeições, com o intuito de coincidir o pico de ação da droga com o aumento dos níveis sanguíneos de glicose pós-prandial.

Eles apresentam como efeitos colaterais a hipoglicemia e o aumento de peso devido à hiperinsulinemia. O exemplo mais comum disponibilizado na rede de serviços de saúde é o Daonil e o Glifage.

Os agentes anti-hiperglicemiantes não aumentam a secreção de insulina, portanto, não estão relacionados com o aparecimento de hipoglicemias, podendo ser utilizados com segurança desde o início da doença.

Ao considerar que agentes anti-hiperglicemiantes são absorvidos e eliminados rapidamente e que seu perfil tem rápida ação, eles devem ser administrados imediatamente antes das refeições, conferindo um perfil terapêutico com menor risco de hipoglicemia. (SBD, 2011b).

O exemplo mais comum disponibilizado na rede de serviços de saúde é a Metformina.

A escolha do esquema terapêutico medicamentoso deve considerar a disfunção básica preponderante na ocorrência da hiperglicemia em cada usuário. Assim, uma estimativa sobre o papel da resistência ou deficiência de insulina na patogênese da hiperglicemia pode ser útil na decisão sobre a modalidade terapêutica mais adequada.

Além disso, há também a necessidade de uma avaliação criteriosa dos níveis da glicemia de jejum pré e pós-prandial, da hemoglobina glicada, da idade do paciente, do efeito do medicamento sobre o peso corporal, da presença de comorbidades, complicações e outros transtornos metabólicos, do mecanismo de ação das drogas, das contraindicações, dos efeitos colaterais e das possíveis interações para a escolha do tratamento medicamentoso (GROSSI; SECOLI, 2003; SBD, 2011b).

Quando o controle não for atingido pela monoterapia, é indicado combinar medicamentos orais com mecanismos de ação diferentes, podendo acrescentar um segundo agente.

Se ainda assim não houver controle metabólico, é possível acrescentar um terceiro agente. Neste momento, é importante a análise do custo-benefício do tratamento, já que a introdução de insulina pode ser também eficaz e de menor custo. Na combinação terapêutica, é importante conhecer o poder redutor glicêmico adicional do segundo ou terceiro medicamento utilizado (SBD, 2011b).

Ao considerarmos os benefícios da insulinização precoce no manejo do DM, cabe neste momento abordarmos as peculiaridades da insulinoterapia.

Basicamente existem quatro modalidades de apresentações comerciais de insulina no mercado brasileiro:

- Insulina humana em monoterapia;
- Insulina humana pré-mistura;
- Análogos de insulina humana em monoterapia;
- Análogos bifásicos de insulina humana (SBD, 2011b).

O início, o pico e a duração da ação da insulina humana e seus análogos variam de acordo com o tipo, a técnica de injeção, a presença de anticorpos de insulina, o local da injeção e a resposta individual do cliente (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).



Palavra do profissional

É importante que o enfermeiro saiba identificar corretamente todas as informações contidas nos frascos de insulina.

Cabe destacar que as insulinas fornecidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil são as insulinas humanas NPH e Regular.

O quadro a seguir mostra a farmacocinética das preparações destas insulinas e posteriormente indicamos um link com a **farmacocinética dos outros tipos de insulina**.

Quadro 1: NPH: Protamina Neutra Hagedorn.

NOME COMERCIAL	PRINCÍPIO ATIVO	INÍCIO DE AÇÃO	PERÍODO DE AÇÃO MÁXIMA (PICO)	DURAÇÃO DE AÇÃO
AÇÃO RÁPIDA – INSULINA HUMANA				
Humulin® R	Regular	30-60 minutos	2-3 horas	5-8 horas
Novolin® R	Regular	30-60 minutos	2-3 horas	5-8 horas
AÇÃO INTERMEDIÁRIA – INSULINA HUMANA				
Humulin® N	NPH	2-4 horas	4-10 horas	10-18 horas
Novolin® N	NPH	2-4 horas	4-10 horas	10-18 horas

Fonte: Algoritmo para o tratamento do Diabetes tipo 2. Atualização 2011. Posicionamento Oficial SBD, n. 3, jun. 2011.



Saiba mais

Procure informações sobre farmacocinética neste documento, na p.21. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/attachments/posicionamento/posicionamento-sbd-n-03-2011.pdf>>.

A insulina regular, também chamada de solúvel ou natural, ação rápida, simples ou cristalina é incolor.

A insulina regular pode ser usada por via endovenosa (em unidade de terapia intensiva), intramuscular (uso hospitalar ou em unidade de saúde) e via subcutânea (uso hospitalar, unidade de saúde e domicílio).

A insulina NPH é a mais usada no mundo; tem aparência leitosa devido à mistura equimolar de protamina e insulina; é classificada como de ação intermediária. A insulina NPH é administrada por via subcutânea. O **processo de insulinização** do paciente com DM tipo 2 é didaticamente descrito no algoritmo de tratamento do DM tipo 2 dos Posicionamentos Oficiais SBD de 2011.



Saiba mais

Procure informações ao acessar o Posicionamento Oficial SBD, n. 3, jun. 2011. Disponível em: <<http://dmsufpel.com.br/dspace/bitstream/handle/123456789/91/posicionamento-sbd-n-03-2011.pdf?sequence=1>>.

Assim, o tratamento do DM e da HAS tem como objetivo controlar os níveis glicêmicos e pressóricos e como consequência aliviar os sintomas, reduzir a ocorrência de complicações agudas e crônicas e melhorar a qualidade de vida.

Esses objetivos são atingidos quando se consegue manter a glicemia, os níveis pressóricos e lipídicos dentro dos parâmetros considerados normais ao longo dos anos de doença.

METAS PARA CONTROLE	BOM	ACEITÁVEL	RUIM
Glicemia (mg/dl)			
- Jejum	80-110	≤130	>130
- Pós-prandial	80-140	≤180	>180
Hemoglobina glicada	<6,5-7	≤7	>7
Colesterol total (mg/dl)	<200		≥240
HDL - colesterol (mg/dl)			
- Homens	>40		
- Mulheres, DM, coronariopatias	>50		
Triglicérides (mg/dl)	<150	<200	≥200
LDL - colesterol (mg/dl)	<70-100	<100	>100
Índice de Massa Corporal (kg/m ²)	≤25	≤27	>27
Circunferência abdominal			
-Homens	<94	<102	>102
-Mulheres	<80	<88	>88

Fonte: AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011; SBD, 2011. RIBEIRÃO PRETO, 2011.

METAS DE CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL CONSIDERANDO A CATEGORIA	
Categorias	Metas
Hipertensos estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio	<140/90
Hipertensos e comportamento limítrofe com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou + fatores de risco	<130/80
Hipertensos com insuficiência renal com proteinúria >1,0g/l	<130/80

Fonte: RIBEIRÃO PRETO, 2011.

Nessa direção, independente do esquema terapêutico utilizado, seja ele medicamentoso ou não medicamentoso, na história natural do DM ocorre uma piora progressiva na função das células beta pancreáticas, sendo que após anos de tratamento, a maioria das pessoas acometidas necessita associar diversas terapias para a manutenção do controle glicêmico.

Da mesma forma o objetivo primordial do tratamento com anti-hipertensivos não consiste apenas na redução da pressão arterial, mas sim na redução da morbidade e da mortalidade cardiovascular.

É importante que os usuários recebam orientações detalhadas sobre a ocorrência de efeitos adversos, possibilidade de alteração na terapêutica adotada e tempo necessário para que se obtenha o efeito desejado do medicamento.

Cabe destacar que a escolha do medicamento deve ser de acordo com as indicações e contraindicações específicas de cada pessoa (BRAUN; ANDERSON, 2009; SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

A decisão terapêutica deve ser baseada no risco cardiovascular considerando-se a presença de fatores de risco, lesão em órgão-alvo ou doença cardiovascular estabelecida, e não apenas no nível da PA. De acordo com as recomendações da Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

Para usuários com HAS estágios 1 e 2 com risco cardiovascular baixo e médio, a meta a ser atingida é a redução da PA a níveis abaixo de 140/90 mmHg; para aqueles com risco cardiovascular alto e muito alto, ou com 3 ou mais fatores de risco, presença de Diabetes Mellitus, Síndrome Metabólica, lesões em órgãos-alvo ou insuficiência renal, a meta requer o estabelecimento de limites menores de PA (130/80 mmHg).

Diante do exposto, a complexidade do regime terapêutico para o controle do DM quando somado a ameaça do aparecimento de complicações crônicas exige do paciente uma vida de comportamentos especiais e coparticipação, em cerca de 90% do cuidado diário, para a manutenção de um bom controle metabólico.



Compartilhando

A necessidade de participação e adaptação a essas situações pode levar o usuário a apresentar dificuldades em seguir o tratamento proposto. Quanto maior for a capacidade do paciente para resolver seus próprios problemas diários, maior será a adesão ao tratamento.

5.3 Resumo

Nesta unidade vimos que a terapêutica não medicamentosa ou medicamentosa dirigida à HAS e ao DM objetiva o alcance de níveis pressóricos e glicêmicos mais próximos possíveis da normalidade.

A terapêutica não medicamentosa engloba mudanças no estilo de vida, incluindo educação alimentar e prática regular de exercícios físicos. Muitas vezes a terapêutica não medicamentosa isolada não é capaz de manter o controle metabólico, sendo necessária a introdução de antidiabéticos e anti-hipertensivos.

Reforçamos com você a necessidade de adesão ao tratamento instituído, o que exige esforços por parte dos profissionais de saúde com vistas a garantir o controle e evitar complicações. Também abordamos os principais medicamentos disponíveis para a HAS e o DM, ressaltando a necessidade de orientar questões relacionadas à indicação, dose, horário e efeitos colaterais.

5.4 Fechamento

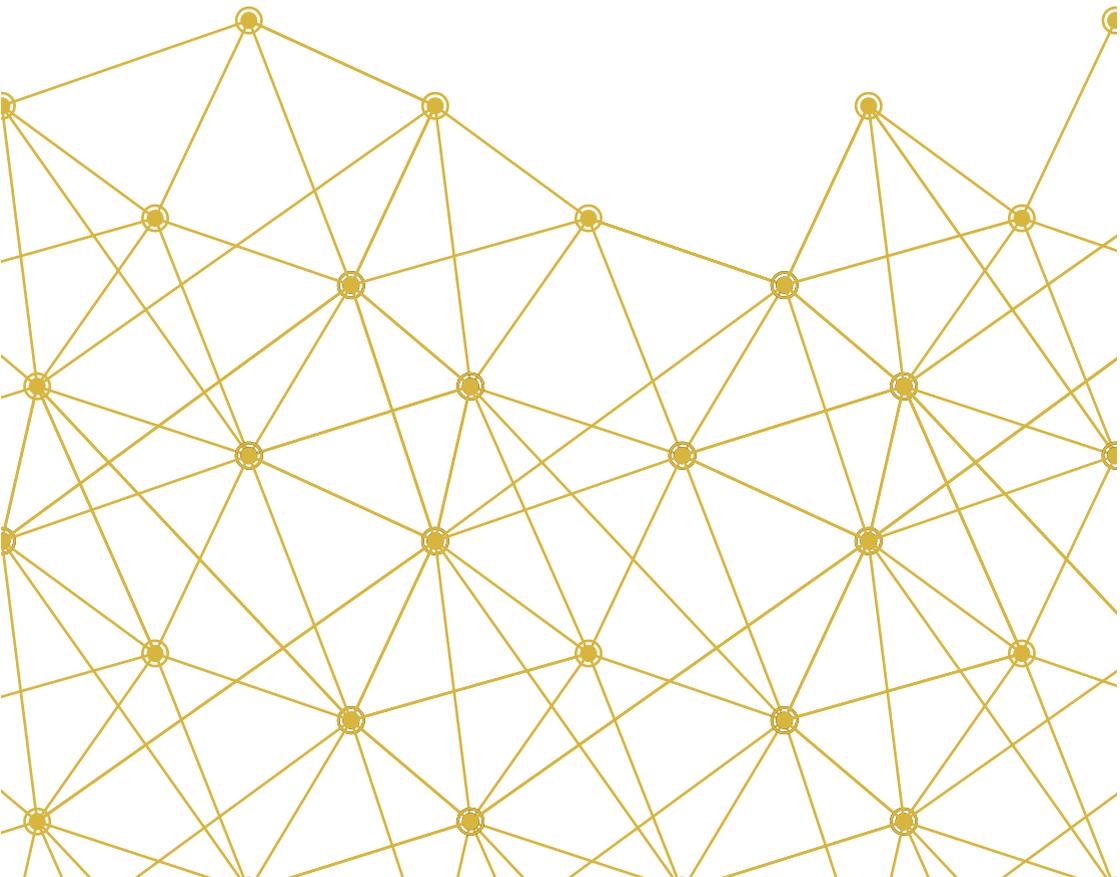
Esperamos que você enfermeiro tenha apreendido a importância de reconhecer os pilares do tratamento em HAS e DM. O conteúdo sobre a terapêutica medicamentosa e não medicamentosa deverá nortear as ações aos usuários com HAS e DM, bem como subsidiar a tomada de decisão para a orientação relacionada ao manejo da doença.

5.5 Recomendações de leitura complementar

SANTA-HELENA, E. T.; NEMES, M. I. B; ELUF NETO, J. Fatores associados à não adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 26, n. 12, 2010. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/csp/v26n12/17.pdf>>.

FELIPE, G. F.; ABREU, R. N. D. C; MOREIRA, T. M. M. Aspectos contemplados na consulta de enfermagem ao paciente com hipertensão atendido no Programa Saúde da Família. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 42, n. 4, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n4/v42n4a01.pdf>>.

UNIDADE 6



Unidade 6 – Complicações agudas e crônicas da HAS e DM. Autocuidado incluindo automonitorização dos parâmetros clínicos e terapêuticos.

Ao final desta unidade, você reconhecerá as principais complicações agudas e crônicas relacionadas à HAS e ao DM, bem como compreenderá a importância das ações de autocuidado ao usuário, com vistas ao controle da doença e prevenção das referidas complicações.

6.1 Introdução

Nos módulos anteriores, ao discutirmos a prática assistencial voltada aos usuários com HAS e DM, mencionamos a dificuldade de adesão aos comportamentos preventivos bem como ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso.

Nesta unidade, abordaremos as complicações agudas e crônicas advindas da doença, bem como as ações de autocuidado, consideradas um ponto frágil, porém relevante, no controle da doença e no processo de educação em saúde.

Já mencionamos que a maneira como cada pessoa vivencia e enfrenta a doença é resultado de uma construção individual e social, que está estritamente relacionada à cultura e a fatores psicossociais, entre outros, assimilados ao longo da vida. Estão claras para você as influências culturais no processo saúde-doença? Essas influências serão retomadas aqui ao abordarmos as ações de autocuidado, uma vez que adotar um comportamento pró-ativo frente à doença, ou seja, assimilar as ações de autocuidado em sua rotina diária, ou não, guarda relação estreita com o desenvolvimento de complicações agudas e crônicas relacionadas à HAS e ao DM.

Também esperamos que esteja claro para você que a educação em saúde é um dos pilares no tratamento da HAS e do DM e é importante fator na prevenção das complicações agudas e crônicas.

6.2 Complicações agudas e crônicas da HAS e do DM

Ao pensarmos nas complicações da HAS e do DM advindas de um insatisfatório controle da doença, temos que é frequente, na sua prática profissional, você se deparar com tais complicações, correto?

Pois bem, pensando nisso, abordaremos a partir de agora as complicações agudas e crônicas e esperamos que ao longo do conteúdo você consiga refletir criticamente, trazendo elementos da sua prática, o que facilitará o entendimento do conteúdo.

Urgência vem do latim urgentia, que significa qualidade ou caráter de urgente. E emergência, vem também do latim, emergentia, e significa ação de emergir; situação crítica, acontecimento perigoso ou fortuito, incidente (HOLANDA, 1975).

6.2.1 Complicações agudas da HAS

Ao pensarmos nas complicações agudas da HAS, elencamos como principais a **Urgência hipertensiva** e a **Emergência hipertensiva**. Você consegue diferenciar os termos urgência e emergência?

Urgência trata-se de uma ocorrência ou situação perigosa, de aparecimento rápido, mas não necessariamente imprevisto e súbito, necessitando de solução em curto prazo. E emergência trata-se de uma ocorrência ou situação perigosa, de aparecimento súbito e imprevisto, necessitando de imediata solução (HOLANDA, 1975).

Resumindo, a diferença entre **emergência** e **urgência** reside nestes pontos:

- Na emergência o aparecimento é súbito e imprevisto;
- Na urgência, não;
- A emergência exige solução imediata;
- A urgência, em curto prazo, havendo apenas premência ou insistência de solução.

Ambas têm em comum a periculosidade.

6.2.2 Urgência hipertensiva x Emergência hipertensiva

Denomina-se crise hipertensiva como a elevação crítica da pressão arterial ou um estado hipertensivo crítico que requer atenção imediata.

No entanto, é importante estabelecer a diferença entre: urgência e emergência hipertensiva.

URGÊNCIA HIPERTENSIVA

Consiste no aumento súbito e crítico da pressão arterial (PA), em geral equivalente a pressão arterial diastólica ≥ 120 mmHg, não associada a quadros clínicos agudos, representa risco imediato de morte ou dano em órgão-alvo.

Nestes casos, a pressão arterial pode ser controlada em 24 horas e preconiza-se administração via oral de diurético ou inibidor ECA ou betabloqueador ou inibidor do canal de cálcio ou clonidina (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA

É condição em que há elevação crítica da PA com quadro clínico grave, progressiva lesão de órgãos-alvo e risco de morte devido ao edema agudo de pulmão, infarto do miocárdio, aneurisma dissecante da aorta, acidente vascular cerebral ou encefalopatia hipertensiva.

Nestes casos, é necessária a imediata redução da PA (em minutos ou poucas horas) com medicamentos administrados por via parenteral (nitroprussiato de sódio, hidralazina, metoprolol, furosemida).

Após a normalização imediata da PA, deve-se iniciar a terapia anti-hipertensiva de manutenção e interromper os medicamentos por via parenteral (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).

É importante também diferenciar a urgência e emergência hipertensivas de **pseudocrise hipertensiva**, que significa a elevação acentuada da pressão arterial desencadeada por dor, desconforto, ansiedade ou abandono do tratamento.

Nestes casos, há ausência de sinais de deterioração rápida de órgãos-alvo e os pacientes apresentam elevação transitória da pressão arterial diante de algum evento emocional, doloroso ou desconfortável, como enxaqueca, tontura, cefaléias vasculares ou de origem musculoesquelética, pós-operatório imediato, manifestações da síndrome do pânico, entre outros.

Geralmente acomete usuários com hipertensão leve ou moderada não controlada ou que abandonaram o tratamento. Nestes casos, o tratamento é realizado apenas com medicamentos de uso rotineiro para aliviar os sintomas (PRAXEDES et al., 2001).

A abordagem das crises hipertensivas requer o emprego de medidas usuais (anamnese, exame físico, exame de fundo de olho, bioquímica, eletrocardiograma e raio X de tórax) e envolve duas fases sequenciais. A primeira consiste em excluir os pacientes com pseudocrise hipertensiva e a segunda inclui a identificação do quadro clínico como urgência ou emergência hipertensiva (PRAXEDES et al., 2001).



Saiba mais

Sobre abordagem das crises hipertensivas leia o texto indicado e aproveite para ampliar seus conhecimentos:

Disponível em: <http://www.sbh.org.br/revistas/2001_N1_V4/Conteudop23ap41.pdf>.

Nos casos de urgência e emergência hipertensiva, o enfermeiro deve avaliar em conjunto com o médico a necessidade de encaminhamento do usuário ao serviço terciário, mas as ações de enfermagem imediatas, a serem realizadas em conjunto com a equipe de saúde, incluem:

ANAMNESE	Avaliação de preexistência de hipertensão, história de saúde, crises anteriores, uso de medicamentos, uso ou abuso de substâncias que interferem na PA, fatores de risco associados.
EXAME FÍSICO	Avaliação de funções cardiocirculatórias, neurológicas, renais. Observação de sinais e sintomas como dor torácica, cefaleia, dispneia, nível de consciência, alterações visuais, epistaxe, edemas, alterações urinárias.
MONITORIZAÇÃO DOS SINAIS VITAIS	Com avaliação da pressão arterial a cada 30 minutos ou em intervalos menores.
O USUÁRIO DEVE SER MANTIDO	Em repouso no leito.
PUNÇÃO VENOSA	Para administração criteriosa de medicamentos via parenteral.
ORIENTAR O USUÁRIO SOBRE PROCEDIMENTOS E TERAPÊUTICAS	Manobras para redução da ansiedade.
PROVIDENCIAR EXAMES COMPLEMENTARES INDISPENSÁVEIS	Para a avaliação e caracterização do estado hipertensivo e das lesões de órgãos-alvo: eletrocardiograma, urina, bioquímica do sangue, raio X de tórax, fundoscopia.

Fonte: Praxedes et al., 2001.

Diante do exposto, está mais clara para você a diferença entre urgência e emergência hipertensiva? Qual a principal característica diferenciadora das duas manifestações clínicas?

<p>COMPLICAÇÕES CRÔNICAS DA HAS</p>	<p>A HAS é um fator para o desenvolvimento da aterosclerose, podendo contribuir para a obstrução das artérias. A pressão das pequenas arteríolas pode levar a alterações funcionais do órgão-alvo. Os pequenos vasos dos rins, dos olhos, do cérebro e do coração são particularmente vulneráveis (VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010).</p> <p>Ao pensarmos nas complicações crônicas da HAS, citamos como principais as lesões que acometem o sistema cardiovascular, o sistema nervoso central (SNC) e o sistema renal.</p>
<p>SISTEMA CARDIOVASCULAR</p>	<p>A elevação da pressão induz ao esforço cardíaco, e a principal lesão relacionada ao coração apresenta-se como hipertrofia do ventrículo esquerdo (espessamento da parede e diminuição da cavidade), que é o mais afetado pela resistência à pressão. O bombeamento ineficaz desse ventrículo prejudica o retorno venoso e a perfusão sistêmica, podendo ocasionar edema pulmonar, infarto do miocárdio e hipoxemia periférica (BRAUN; ANDERSON, 2009).</p>
<p>SISTEMA NERVOSO CENTRAL</p>	<p>Na hipertensão grave, o SNC é afetado, pois a pressão sanguínea elevada pressiona o fluxo sanguíneo cerebral. Em geral, à medida que a pressão sanguínea aumenta, as arteríolas cerebrais sofrem vasoconstrição. Durante as crises hipertensivas, com elevações rápidas e graves na pressão intracraniana, o transporte de oxigênio é prejudicado e a função cerebral é reduzida (Braun; Anderson, 2009).</p> <p>A lesão hipertensiva típica é o aneurisma de <i>Charcot-Bouchard</i>, havendo também o aparecimento de lesões de rarefação da substância branca. A trombose e a hemorragia são em geral episódios agudos. Microinfartos assintomáticos ou com quadro clínico de demência discreta podem ocorrer (SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA, 2010).</p>
<p>SISTEMA RENAL</p>	<p>Pressões prolongadas às arteríolas renais causam lesão crônica e inflamação, o que leva à nefrosclerose, que, em suma, é o supercrescimento e enrijecimento dos tecidos conjuntivos dos rins.</p> <p>A hipertensão é perpetuada à medida que a secreção de renina e aldosterona são estimuladas pela redução do fluxo sanguíneo nos rins. O volume sanguíneo expande, aumentando a pressão arterial (BRAUN; ANDERSON, 2009).</p>



Palavra do profissional

Cabe aqui ressaltar a você enfermeiro que, ao lidar com um usuário com HAS, você nunca poderá perder de vista as complicações relacionadas ao coração, ao cérebro e ao rim. Lembre-se, agora você já detém o conhecimento que são eles os principais órgãos afetados pelas complicações da HAS! Além disso você deve reconhecer que é competência do enfermeiro manter a calibração dos equipamentos envolvidos na medida da pressão arterial.



Saiba mais

Inteire-se sobre o assunto nesta publicação, na p.3.

Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/diretriz_mapa_mrpa.pdf>.

6.3 Complicações agudas do DM

Abordaremos agora as diferenças entre a hipoglicemia e a hiperglicemia.

6.3.1 Hipoglicemia x Hiperglicemia

A hipoglicemia ocorre quando o valor da glicemia é inferior a 50-60mg/dl. Cabe destacar que alguns usuários experimentam os sinais e sintomas de hipoglicemia com valores glicêmicos superiores ao estabelecido, uma vez que apresentam perfil glicêmico tão superior ao preconizado, que quando esses níveis são reduzidos, o usuário experimenta os sinais e sintomas da hipoglicemia.

Na prática clínica, encontramos várias situações de risco que predisõem os usuários com DM a apresentar hipoglicemia:

- Usuários em uso de insulina;
- Idosos em uso de sulfonilureia;
- Crianças;

- Horário incorreto de administração de insulina;
- Omissão ou atraso das refeições;
- Realização de exercício não usual;
- Educação em diabetes prejudicada.

Também podem representar risco episódios de vômitos ou diarreia, bem como insulino-terapia de início recente, troca ou dose excessiva de insulina, glicemia dentro dos valores de normalidade ou baixa à noite, ingestão de bebidas alcoólicas, principalmente longe das refeições, entre outros.

Gostaríamos de chamar a sua atenção para essas situações de risco, pois a prevenção da hipoglicemia baseia-se na utilização do medicamento no horário correto e na dose prescrita, respeitando os intervalos das refeições e o plano de atividade física.

E por falar em hipoglicemia, você reconhece seus sinais e sintomas? Discuta com seus colegas a respeito. Após o exercício realizado, observe no quadro a seguir os sinais e sintomas de hipoglicemia de modo a ampliar o seu conhecimento.

TIPO DE HIPOGLICEMIA	SINAIS E SINTOMAS
HIPOGLICEMIA LEVE	Tremores, sudorese intensa (suor frio), fraqueza, palpitações, palidez, ansiedade e fome.
HIPOGLICEMIA MODERADA	Tontura, diplopia, esquecimento, incapacidade de concentração, dor de cabeça, irritabilidade, choro, rebeldia, fala confusa, perda de coordenação motora.
HIPOGLICEMIA SEVERA	Sonolência, convulsão e inconsciência.

Fonte: SBD, 2011.

Depois de reconhecidos e identificados os sinais e sintomas da hipoglicemia, se faz necessário AGIR. E de que forma?

Quando os valores de glicemia estiverem abaixo de 60mg/dl, nos casos leves a moderados, o enfermeiro deve orientar o usuário a ingerir um copo de suco de laranja natural, ou um copo de refrigerante normal, ou uma colher de sopa de açúcar, ou três balas de caramelo, o que equivale a 15g de

carboidrato. É necessário guardar de 10 a 20 minutos e repetir a glicemia. Se a glicemia permanecer abaixo de 60mg/dl ou persistirem os sintomas de hipoglicemia, deve-se repetir a conduta mencionada anteriormente.

Nos casos graves, para os usuários inconscientes, a ingestão oral **não deve ser forçada**, mas pode ser colocado açúcar sob a língua. Aplicar 20 ml de glicose, 50% por via endovenosa, que poderá ser repetido até a total recuperação do usuário.

O enfermeiro deve orientar os usuários e familiares a carregar 15g de carboidrato para uso via oral (sache de glicose ou três balas moles de caramelo) ou mesmo o glucagon 1mg (subcutâneo) para ser utilizado em situações de hipoglicemia grave.

Ficou claro para você como agir diante de um usuário com hipoglicemia? Que orientação você deve oferecer para prevenir novos agravos? Reflita sobre qual seria a sua conduta diante de um usuário que chega a sua unidade apresentando sudorese, cefaleia, tremores, palpitações, tontura e diplopia.

Na sequência do nosso raciocínio e ainda pensando nas complicações agudas do DM, abordaremos dois estados de hiperglicemia: a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar.



Compartilhando

Cabe lembrar que são condições de risco para a hiperglicemia: a ingestão em excesso de alimentos, inatividade ou redução da atividade física habitual, quantidade insuficiente de insulina (esquecimento, dose inadequada, uso de insulina vencida ou congelada), estresse físico ou emocional e doenças febris ou traumáticas.

Diante da suspeita do estado de hiperglicemia, como agir? Nesse caso, deve-se verificar a glicemia capilar, se $>250\text{mg/dl}$, além de oferecer orientações de enfermagem, como o estímulo à ingesta hídrica, encaminhar para o atendimento médico.

Abordaremos agora, de forma sucinta, a **cetoacidose** e o estado hiperglicêmico hiperosmolar.

As condições de risco para a cetoacidose são:

- Doença febril aguda;
- Suspensão de insulino-terapia;
- Diabetes previamente mal controlado;
- Diabetes de controle instável;
- Distúrbios psicológicos graves;
- Educação em diabetes prejudicada (Kitabchi et al., 2008).

Consiste no quadro de hiperglicemia e acidose metabólica causada por excesso de acetoácidos decorrente da deficiência insulínica.

SINAIS E SINTOMAS DA CETOACIDOSE	Poliúria, polidipsia, desidratação, dor abdominal, rubor facial, hálito cetônico, hiperventilação, náuseas, vômitos, sonolência.
ACHADOS LABORATORIAIS	Hiperglicemia (>300mg/dl), glicosúria, cetonúria, acidose (pH<7,3), leucocitose, alterações eletrolíticas.

O estado hiperglicêmico hiperosmolar é definido por elevados níveis glicêmicos e tem como condições de risco o diabetes tipo 2, com doenças intercorrentes, tais como:

- Infecção grave;
- Infarto miocárdico ou cerebral;
- Estresse intenso;
- Uso de drogas hiperglicemiantes.

SINAIS E SINTOMAS DO ESTADO HIPERGLICÊMICO HIPEROSMOLAR	Poliúria, polidipsia, desidratação intensa, dor abdominal, hipertermia, sonolência, obnubilação, coma.
ACHADOS LABORATORIAIS	Glicosúria intensa, hiperglicemia extrema (> 700mg/dl), azotemia.

Cabe aqui destacar e valorizar a presença de cetonúria como diferencial entre a cetoacidose e o estado hiperglicêmico hiperosmolar, ressaltando a importância dos serviços de saúde ter fitas reagentes para a mensuração.



Palavra do profissional

Diante do exposto, cabe aqui uma reflexão a você enfermeiro. Ao identificar tais sinais e sintomas sugestivos de uma crise hiperglicêmica, que conduta você deve adotar?

Nestes casos, recomenda-se que diante de um usuário com hiperglicemia devemos considerar o diagnóstico na presença de condições de risco e sinais/sintomas, confirmar a hiperglicemia por meio da verificação da glicemia capilar e encaminhar o usuário ao hospital.

Se possível, iniciar hidratação por via endovenosa com soro fisiológico 0,9% (administrar 1000 ml em uma hora) e 10 unidades de insulina humana regular por via intramuscular, enquanto aguarda o encaminhamento ao hospital.

Na criança as doses devem ser calculadas de acordo com o peso corporal e a faixa etária.



Compartilhando

Ressaltamos que os fluxos de atendimento e protocolos nos diferentes níveis da atenção a saúde serão abordados em unidade específica e estarão disponíveis para consulta!

6.4 Complicações crônicas do DM

Abordaremos agora as três principais complicações crônicas que acometem os indivíduos com DM: a neuropatia, a nefropatia e a retinopatia.

6.4.1 Neuropatia

A **neuropatia** consiste, geralmente, em dificuldade de transmissão de impulsos nervosos pelos nervos periféricos e os sintomas podem ser divididos e classificados em três tipos:

- Sensitivos (dormência ou queimação das pernas, pés e mãos, dores localizadas, desequilíbrio e formigamento);

- Autonômicos (queda dos pêlos, pressão arterial inferior aos de normalidade, distúrbios digestivos, ocorrência de pele seca, excesso de transpiração e impotência);
- Motores (estado de fraqueza e atrofia muscular).

A neuropatia é geralmente assintomática no início, com diminuição da velocidade de condução nervosa e alterações ao exame neurológico (hiporreflexia profunda, diminuição de um ou mais tipos de sensibilidade).

Os sintomas da neuropatia mais comuns são parestesias (dormência, formigamento e queimação) em membros inferiores, que pioram à noite.

A dor pode estar presente ou manifestar-se posteriormente. A dor inicia-se de forma espontânea ou pode ser desencadeada por estímulos, como o toque ao lençol, e é mais intensa no período noturno.

Vale lembrar que com a evolução da neuropatia e consequente degeneração do nervo há desaparecimento da dor.

Nesta fase, o usuário está sujeito a sofrer traumatismos na pele e nas articulações, principalmente nos pés, sem perceber, causando calos, úlceras (mal perfurante plantar) e artropatia neuropática (articulações de Charcot) (SBD, 2011a).

6.4.2 Nefropatia

A nefropatia diabética (ND) está associada a um importante aumento de mortalidade, principalmente relacionado à doença cardiovascular. A ND é a principal causa de insuficiência renal crônica (IRC) em usuários ingressantes em programas de diálise (BODANNA et al., 2009).

Clinicamente, a nefropatia manifesta-se pelo aumento da microalbuminúria levando à Síndrome Nefrótica e IRC, sendo o controle glicêmico e o da PA fundamentais para retardar o início e a evolução desta complicação crônica.

O diagnóstico e controle da ND são realizados utilizando-se diferentes tipos de coleta de urina, mas o rastreamento deve iniciar preferencialmente pela medida de albumina em amostra isolada de urina, devido à acurácia diagnóstica e à facilidade desse tipo de coleta (GROSS et al., 2005).

A principal característica clínica da nefropatia diabética é seu curso insidioso. Conforme a doença renal progride, é comum o agravamento da hipertensão arterial e aumento da necessidade de drogas anti-hipertensivas.

O tratamento da nefropatia diabética está fundamentado em três medidas essenciais:

- Controle da glicemia;
- Controle da pressão arterial;
- Bloqueio farmacológico do sistema renina-angiotensina.

6.4.3 Retinopatia

A retinopatia diabética é uma das principais complicações relacionadas ao DM e a principal causa de cegueira (ESCARIÃO et al., 2008). Após 20 anos da doença, mais de 90% das pessoas com DM tipo 1 e 60% daqueles com o tipo 2 apresentarão algum grau de retinopatia (SBD, 2011a).

O tempo de duração do DM e o controle glicêmico são, respectivamente, os dois fatores mais importantes relacionados ao desenvolvimento e a gravidade da retinopatia diabética.

Assim, o controle glicêmico adequado torna-se fundamental para a prevenção e a diminuição das complicações relacionadas à doença.

O acompanhamento da evolução da retinopatia é realizado por meio de um exame denominado fundoscopia. O tratamento inclui a fotocoagulação da retina a laser ou vitrectomia em serviços especializados.



Palavra do profissional

Como é realizada a prevenção da retinopatia diabética na sua unidade de saúde. Como você controla e orienta a periodicidade desse exame? Caso essa periodicidade não seja clara pra você no seguimento dos usuários, seguem no quadro as recomendações.

Recomendações para o início do acompanhamento da retinopatia:

- Diabetes tipo 1: deve iniciar o acompanhamento após a puberdade ou após cinco anos de doença;
- Diabetes tipo 2: deve iniciar o exame do olho no estabelecimento do diagnóstico do DM;
- O intervalo entre os exames é anual, podendo ser menor, dependendo do grau de retinopatia. Nunca em intervalos maiores;
- Pacientes com queixa de alterações visuais devem ser encaminhados para um oftalmologista com urgência.

Fonte: ADA, 2011.

6.5 Autocuidado incluindo a automonitorização dos parâmetros clínicos e terapêuticos no controle da HAS e do DM

Passamos agora a abordar as estratégias motivadoras para adoção de ações de autocuidado aos usuários com HA e DM. Vamos lá?

É sabido que para o enfermeiro orientar e motivar as ações de autocuidado aos usuários com HAS e DM ele precisa reconhecer as crenças dos indivíduos sob o seu cuidado. Isto porque, de acordo com Xavier, Bittar e Ataíde (2009), as crenças interferem em três componentes para a mudança de comportamento em saúde:

- Componente cognitivo (a forma como aprendem a se cuidar);
- Componente afetivo (sobre como se cuidar);
- Componente comportamental (como passam a se cuidar).

Mais uma vez, queremos salientar que a concepção que o indivíduo possui da sua doença é que determina a sua reação frente a ela.

Por que estamos reforçando essa questão? Porque a primeira coisa a considerar quando pretendemos trabalhar com os usuários sobre as ações de autocuidado é a representatividade da doença para eles.



Palavra do profissional

Alguma vez você já refletiu sobre o que a doença significa para o usuário do serviço de saúde? Já parou para pensar que, muitas vezes, ele não reage a ela simplesmente porque ele acredita que não vale a pena lutar contra uma doença que veio para ficar por toda a sua vida? Pense nisso!

Desse modo, torna-se imperativo que o **usuário e os familiares saibam mais sobre a doença**, pois estas informações nortearão suas atitudes.



Saiba mais

Você pode aprofundar seus conhecimentos acessando o Protocolo de Atendimento em hipertensão e diabetes. p. 80. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>.

Você consegue compreender a necessidade e a importância das ações de autocuidado para o sucesso do tratamento? Informações a respeito da HAS e do DM são fornecidas na sua unidade de saúde? De que forma? Que tal um exercício? Reflita sobre os meios de divulgação e as formas de abordagem ao usuário com HAS e DM na sua unidade e compartilhe sua opinião com seus colegas.

Compreendemos, assim, que a aquisição de conhecimento sobre HAS e DM pode favorecer a capacitação dos usuários e familiares frente ao manejo da doença e a adoção de atitudes visando à incorporação das ações de autocuidado na sua rotina diária.

6.5.1 Ações de autocuidado

Neste tópico, elegemos três ações de autocuidado referentes:

- À automonitoração da glicemia;
- Ao autocuidado com os pés;
- À automonitoração da pressão arterial.

O próprio usuário poderá realizar estas ações no domicílio para prevenir as complicações crônicas relacionadas ao DM ou à HAS sob a orientação do enfermeiro.

6.5.2 Automonitorização da glicemia

As ações de autocuidado relacionadas ao controle do DM, por meio da educação permanente dos usuários, resultam em redução de peso corporal, melhor controle glicêmico, pressórico e de lipídios. Também há redução dos riscos cardiovasculares, o que retarda o aparecimento das complicações crônicas (UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY, 1998; DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP, 1995)

O teste de glicemia permite avaliar a eficiência do plano alimentar, dos medicamentos utilizados e sinaliza a necessidade de alterações no tratamento proposto. Você já havia pensado nisso?

A monitorização da glicemia pode ser realizada por técnicas laboratoriais tradicionais em laboratórios clínicos ou, então, por meio da **automonitorização da glicemia capilar** (AMGC) no domicílio. A AMGC é primordial para direcionar as ações que envolvem o tratamento do DM, pois de acordo com os resultados obtidos pode-se reavaliar a terapêutica instituída mediante os ajustes de doses de medicamentos, do plano alimentar e da atividade física (SBD, 2011a).

A **automonitorização da glicemia capilar** no domicílio (AMGC) é a prática do usuário com DM de medir regularmente a sua própria glicemia através de fitas e glicosímetros (SBD, 2011).

A glicemia capilar no domicílio, quando realizada de forma racional, pode proporcionar uma visão realista do nível do controle glicêmico durante todo o dia. Isso pode ser conseguido por meio da realização de perfis glicêmicos de seis pontos, três testes pré-prandiais e três testes pós-prandiais (SBD, 2011a).

Nesta direção, os resultados da AMGC podem ser úteis na prevenção da hipoglicemia, na detecção de hipoglicemias e hiperglicemias não sintomáticas e no ajuste da conduta terapêutica medicamentosa e não medicamentosa, tanto para pessoas com DM tipo 1 quanto para as com DM tipo 2, variando apenas a frequência recomendada.

A frequência deve ser definida considerando as necessidades individuais e as metas definidas para cada usuário (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2011).

A realização da AMGC possibilita que pessoas com DM enfrentem a doença de forma independente. Ela também pode proporcionar aos usuários melhor compreensão sobre os fatores que desencadeiam as complicações, com potencial melhora progressiva de sua qualidade de vida.

A AMGC pode melhorar a adesão à terapêutica farmacológica e motivar os usuários para mudanças apropriadas de estilo de vida (KARTER; ACKERSON, 2001).

A frequência dos testes é prescrita de forma individualizada e depende do esquema terapêutico adotado e do controle metabólico alcançado, porém, a frequência pode variar de acordo com as situações, tais como a presença de infecção, o período pré e pós-operatório, o estresse, entre outros.



Palavra do profissional

Por outro lado, cabe ressaltar que mais importante do que a frequência de testes realizados é a interpretação dos resultados obtidos para o ajuste na terapêutica pelo usuário com DM ou seu cuidador. Este é o aspecto mais relevante no processo de educação na AMGC.

Atento à importância da AMGC no domicílio, você já parou para pensar em nosso papel na qualidade de educador na AMGC? Que tal um exercício? Procure discutir com seus colegas a abordagem e as informações que você disponibiliza aos usuários durante o processo de orientação para as ações de autocuidado da AMGC no domicílio.

Você se lembra das metas de tratamento em relação aos valores de glicemia em jejum e pós-prandial dos usuários com DM? Que tal retomar esses parâmetros?



Saiba mais

Aprofunde o seu conhecimento sobre o Protocolo de atendimento em hipertensão e diabetes, p. 57. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>.

6.5.3 Autocuidado com os pés

As ações de autocuidado aos usuários com DM em relação ao pés precisam ser reforçadas a cada atendimento pelo enfermeiro para prevenção do pé diabético.

O “Pé Diabético” é uma das complicações mais devastadoras do DM, sendo responsável por 50-70% das amputações não traumáticas.

Geralmente a neuropatia diabética atua como fator permissivo para úlceras, devido à insensibilidade. As úlceras complicam-se quando associadas à Doença Vascular Periférica (DVP) e infecção, que colocam o usuário em risco (RIBEIRÃO PRETO, 2011).

Nesta direção, destacamos algumas orientações básicas para a prevenção do “pé diabético”, dentre elas:

- Realizar autoexame diário dos pés, se necessário com espelho ou com ajuda de um familiar;
- Hidratar os pés com creme hidratante, exceto entre os dedos;
- Cortar as unhas em linha reta;
- Usar calçados fechados e confortáveis;
- Realizar higiene e secagem diária dos pés, especialmente entre os dedos;
- Usar meias limpas, brancas e de algodão;
- Realizar exercícios com os pés e suprimir uso calçadas (SBD, 2011a).

Reconhecendo que você atende usuários com DM e que está familiarizado com o tema, descreva como é feito o rastreamento, a classificação de risco e o exame dos pés na sua unidade.



Saiba mais

Sugerimos a leitura do material recomendado sobre avaliação e cuidado com os pés, p. 38-40. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaudef/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>.

6.5.4 Automonitorização da pressão arterial

Ao acompanhar as ações de autocuidado, temos a **Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA)** para os usuários com HAS.

A MRPA é o método destinado a fazer registro da PA fora do ambiente de consultório, pelo próprio paciente ou pessoa capacitada para tal, com equipamento validado e calibrado, durante o período de vigília, por um longo período de tempo, obedecendo a um protocolo previamente estabelecido e normatizado. (BRASIL, 2011a)

É muito importante que a MRPA não seja confundida com a Automedida da Pressão Arterial (AMPA), que é registro não sistematizado, realizado a pedido do médico ou por decisão do próprio paciente.

Diferentes protocolos para a MRPA estão recomendados em diretrizes internacionais, mas ainda carecemos de protocolos universalmente aceitos para a realização do método.

O protocolo sugerido para a MRPA consiste em:

- Três medidas e registro da PA pela manhã, antes do desjejum e da ingestão do medicamento;
- Três medidas da PA e registro à noite, antes do jantar, durante cinco dias; ou
- Duas medidas da PA e registro em cada sessão, durante sete dias;
- As medidas da PA e registro devem ser realizadas pelo usuário ou por outra pessoa capacitada, durante a vigília, no domicílio ou no trabalho, com equipamentos calibrados.

Fonte: Brasil, 2011a.

Dentre as indicações para a utilização da MRPA destacam-se a utilização e a avaliação de terapêutica medicamentosa, hipertensão de difícil controle e condições clínicas que requerem controle rigoroso da PA, como período gestacional e presença de comorbidades. Uma das principais vantagens da utilização do método é a possibilidade de obtenção de medida fora do ambiente de consultório, por vários dias consecutivos e em diferentes momentos, refletindo as atividades usuais dos usuários.



Saiba mais

Nesta publicação você encontra mais informações. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2010/Diretriz_hipertensao_associados.pdf>.

A utilização da MRPA com maior frequência pode superar muitas limitações da tradicional medida da PA no consultório. Ela é considerada um procedimento com menor custo e de fácil execução em relação à medida ambulatorial da pressão arterial (MAPA), embora haja limitações, como, por exemplo, a falta de valores da PA durante o período de sono e a possibilidade de erros de medida.

É desejável que a MRPA torne-se uma das ações de autocuidado efetivas para os usuários com HAS e DM contribuindo para o ajuste da terapêutica e prevenção das complicações cardiovasculares.

Apesar de não haver um consenso na literatura em relação aos critérios de normalidade, de acordo com as Diretrizes de Monitorização Residencial da Pressão Arterial (MRPA) são consideradas fora dos parâmetros de normalidade medidas de PA > 130/85mmHg (BRASIL, 2011a).

6.6 Resumo

Nesta unidade, estudamos as complicações agudas e crônicas advindas da falta de adesão ao tratamento. No caso das complicações agudas da HAS, enfatizamos a importância de diferenciar uma urgência hipertensiva de uma emergência hipertensiva, pois a classificação determina o tipo de conduta a ser tomada.

Quanto às complicações crônicas, mencionamos as lesões vasculares no sistema cardiovascular, sistema renal e sistema nervoso central e; a necessidade de atenção, por parte do profissional, para o funcionamento desses órgãos durante o seguimento do paciente, uma vez que são alvos das lesões.

No DM, em relação às complicações agudas, discutimos a hipoglicemia e a hiperglicemia, destacando os sinais e sintomas e as condutas em cada caso. Abordamos as três principais complicações crônicas, a saber, a neuropatia, a nefropatia e a retinopatia. Destacamos os sintomas mais comuns e o tratamento necessário, bem como peculiaridades do seguimento.

Também enfatizamos a necessidade de trabalhar com o paciente as ações de autocuidado. Neste sentido, resgatamos as influências culturais e os fatores psicossociais que interferem na concepção de saúde-doença de cada indivíduo, uma vez que eles determinam as reações frente à doença.

Sendo assim, destacamos a necessidade de informar o paciente sobre sua doença, explorar as terapias em uso, incorporar a família nas ações educativas e trabalhar a relação profissional-paciente.

6.7 Fechamento

O insatisfatório controle da HAS e do DM acarretam complicações agudas e crônicas que requerem uma adequada avaliação e intervenção. Trabalhamos com você a necessidade de reconhecer os sinais e sintomas de cada complicação, assim como a conduta que deve ser tomada em cada uma delas.

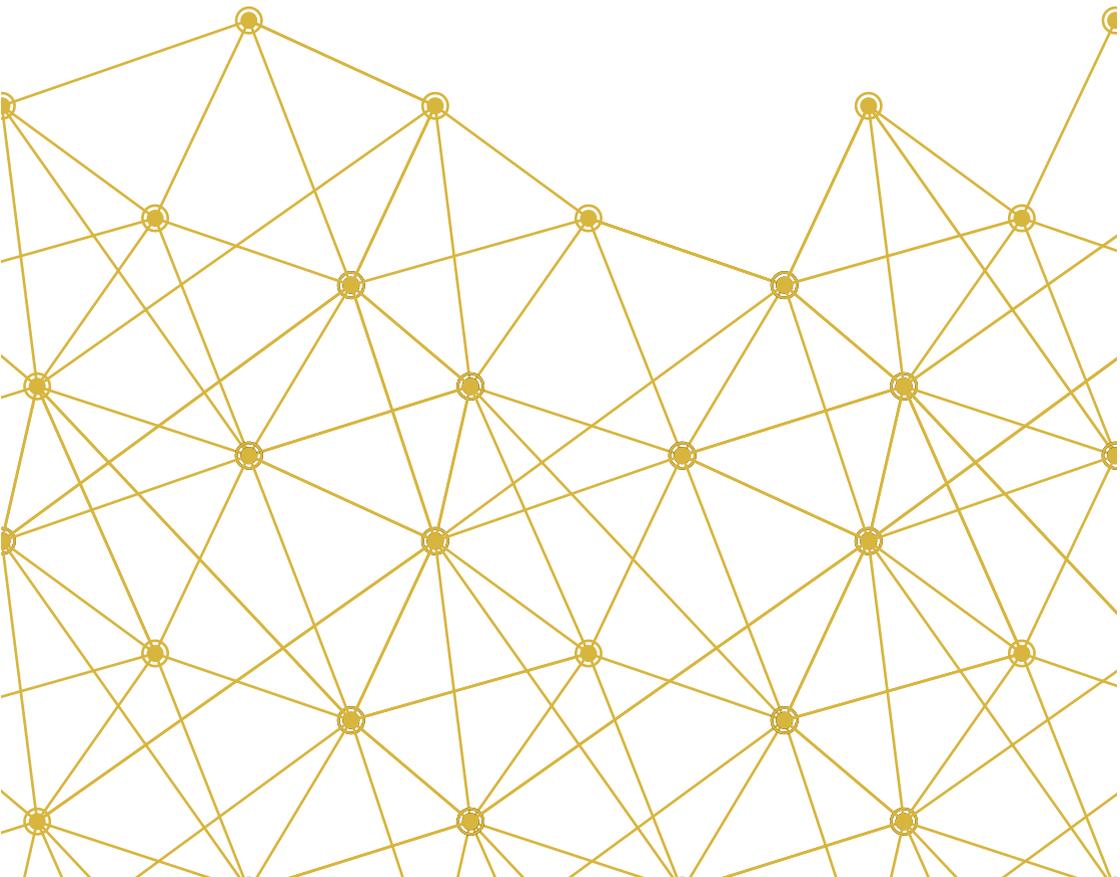
Pautado pela prevenção dessas complicações, também discutimos a importância dos profissionais de motivarem as ações de autocuidado, tanto na HAS quanto no DM, considerando as influências culturais e psicossociais que interferem na adoção dessas práticas pelos usuários. A partir de agora, vamos trabalhar com você a metodologia da assistência de enfermagem na atenção à pessoa com HAS e DM. Vamos lá?

6.8 Recomendação de leitura complementar

FEITOSA-FILHO, G. S. et al. Emergências hipertensivas. **Rev. Bras. Ter. Intensiva**. São Paulo, v. 20, n. 3, p. 305-12, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbti/v20n3/v20n3a14.pdf>>.

FRANCO, V.S. et al. Automonitorização da glicemia capilar no domicílio. **Ciênc. Cuid. Saúde**, v. 7, n. 1, p. 121-127, 2008.

UNIDADE 7



Unidade 7 – Sistematização da Assistência de Enfermagem na atenção à pessoa com HAS e DM

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) como uma ferramenta para o cuidado ao usuário com HA e DM.

7.1 Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem será utilizada para ajudar você no cuidado ao usuário com HA e DM. Neste sentido, serão apontados tópicos essenciais para o planejamento da assistência qualificada ao usuário nos diferentes níveis de atenção à saúde.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é um método baseado no conhecimento científico para a organização do trabalho de enfermagem com o objetivo de nortear o cuidado (BARROS et al., 2002).

A utilização de uma metodologia de trabalho traz inúmeros benefícios, tanto para indivíduos, famílias e comunidades como para os próprios profissionais, cabendo destacar que (BARROS et al., 2002; NEVES; SHIMIZU, 2010):

- Oferece maior segurança no planejamento, na execução e na avaliação das condutas de enfermagem;
- Individualiza a assistência;
- Aproxima profissional e cliente;
- Reconhece mais sistematicamente a situação;
- Favorece a resolução dos problemas identificados;
- Facilita o processo de avaliação dos serviços;
- Poupa tempo e energia dos profissionais e faz com que eles prestem um cuidado de enfermagem com qualidade e resolubilidade;
- Favorece a autonomia do enfermeiro, já que suas intervenções serão baseadas em conhecimentos técnico-científicos.

A Resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) 358/2009 determinou que o Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado por todos os enfermeiros, de modo deliberado e sistemático, em todos os ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem.

Esta Resolução prevê a organização do PE em cinco fases:

1. Coleta de dados;
2. Diagnóstico;
3. Planejamento;
4. Implementação;
5. Avaliação.

O processo deve ter um suporte teórico que oriente a coleta de dados, o estabelecimento de diagnósticos de enfermagem e o planejamento das ações ou intervenções de enfermagem, bem como a avaliação (COFEN, 2009a).



Saiba mais

Procure a Resolução 358/2009 no site do COFEN, leia e identifique as implicações que ela tem para o seu serviço. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>.



Palavra do profissional

Observe que não é uma opção do enfermeiro utilizar o PE, mas uma atribuição de sua competência. Como está sendo desenvolvido o PE em seu serviço? Caso ainda não esteja, quais são seus planos? Reflita sobre isto!

A implementação do PE envolve toda a equipe, cabendo ao enfermeiro a liderança na execução e na avaliação do PE e, privativamente, o diagnóstico e a prescrição de enfermagem. Ao técnico de enfermagem cabe a participação na execução do PE, sob a supervisão do enfermeiro (COFEN, 2009).

Nesta unidade, iremos abordar a SAE/PE tomando como referência as necessidades de saúde do usuário com HAS e DM. O PE é pensado para o indivíduo, a família, o grupo e até para uma comunidade, no entanto, nesta Unidade daremos maior destaque para sua aplicação ao usuário.

7.2 Processo de enfermagem

Nesta unidade, abordaremos a SAE e detalharemos as etapas do PE. Será apresentada a avaliação clínica do usuário com HAS e DM, conforme suas necessidades de saúde, destacando alguns exames laboratoriais frequentes para o monitoramento dessas pessoas.

O Processo de Enfermagem é uma variação do raciocínio científico que ajuda o enfermeiro a organizar, sistematizar e conceituar a prática de enfermagem. Ele compreende, na sua forma atualmente mais conhecida, cinco etapas inter-relacionadas, tais etapas incluem (ALFARO LEFREVE, 2010):

- Coleta de dados de enfermagem;
- Diagnóstico de enfermagem;
- Planejamento de enfermagem;
- Implementação;
- Avaliação.

As informações que são fornecidas possibilitam a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem com embasamento científico.

Para que a SAE/PE seja operacionalizada, precisa-se de uma base teórica que oriente sobre a realidade em que se quer intervir.

Diante de várias teorias existentes, como o enfermeiro pode escolher uma teoria para aplicar no seu contexto de trabalho?

Com estudos e conhecimento de causa, é necessário que o enfermeiro reflita sobre qual é a teoria que melhor sustenta a sua prática, ou seja, aquela que o ajuda a compreender e agir para modificar a realidade em que atua.

A escolha de uma teoria ou referencial teórico não é uma ação individual do enfermeiro, mas precisa ser compartilhada pela equipe de enfermagem e também deve considerar os demais profissionais, de modo que todos possam atuar de forma harmônica e orientada por um mesmo olhar. As escolhas irão depender da cultura da instituição, bem como dos profissionais e usuários por ela atendidos.

A seguir, abordaremos as fases da SAE/PE considerando as necessidades de saúde dos usuários com HAS e DM.

7.2.1 Coleta de dados

Nesta etapa é realizada a coleta de informações sobre a situação de saúde do usuário com HAS e DM. Nesse momento, buscam-se evidências de alterações orgânicas, físicas ou emocionais, bem como fatores de risco que possam contribuir para problemas de saúde relacionados ao manejo da doença.

Os dados poderão ser obtidos de modo direto, com o próprio usuário durante o atendimento, ou de modo indireto, a partir de informações fornecidas pelo prontuário de saúde, por familiares ou acompanhantes.

A coleta de dados é a primeira etapa da SAE/PE e será a base para as fases seguintes, pois será a partir dos dados coletados que os diagnósticos de enfermagem serão elaborados. A coleta de dados se dá em dois momentos distintos: o primeiro momento consiste na entrevista a partir da qual a enfermeira terá acesso aos dados subjetivos, que são aqueles informados pelo usuário, por seus familiares ou pessoas próximas; o segundo momento é o exame físico, por meio do qual a enfermeira coletará dados objetivos, utilizando a inspeção, palpação, percussão e ausculta. Destacaremos, mais adiante, alguns itens importantes na avaliação clínica de pessoas com HAS e DM, além da interpretação dos exames mais comuns.

Na coleta de dados com usuários com HAS e DM é preciso conhecer como a condição crônica se integra à vida da pessoa; dificuldades em relação ao manejo da doença e as expectativas em relação ao serviço e à equipe de saúde.



Saiba mais

Disponibilizamos duas fontes que ampliam o assunto discutido, esperamos que possam ser de grande valia.

CURCIO, R.; LIMA, M. H. M.; TORRES, H. C. Protocolo para consulta de enfermagem: assistência a pacientes com diabetes *mellitus* tipo 2 em insulinoterapia. *Rev. Gaúcha Enferm.*, Porto Alegre. v. 30, n. 3, p. 552-557, 2009. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/7987>>.

BARROS, A. L. B. L. et al. **Bases teórico-metodológicas para a coleta de dados em enfermagem.** Disponível em: <http://www.consultoriadomestica.com.br/cgi-bin/blog/livros/anamnese_examefisico_cap_01.pdf>.

7.2.2 Diagnóstico de Enfermagem

A elaboração do Diagnóstico de Enfermagem é feita com a coleta de dados que deverão ser reunidos e interpretados para a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos que representam as respostas do usuário com HAS e DM. A partir desse momento, é possível planejar intervenções que objetivem o alcance dos resultados esperados.

Os diagnósticos de enfermagem são interpretações dos dados coletados, usados para orientar as etapas seguintes. Por meio deles identificam-se os problemas de saúde reais ou potenciais, os quais são passíveis de resolução mediante **ações de enfermagem**.

Como o diagnóstico é a base para o atendimento, o enfermeiro precisa desenvolver habilidades para diagnosticar adequada e precisamente. Esta habilidade envolve a precisa coleta de dados, o conhecimento clínico e a atenção ao contexto em que o usuário está inserido.

Diagnóstico de Enfermagem é conceituado pela **Associação Norte Americana de Diagnósticos de Enfermagem (NANDA)** como um julgamento clínico sobre a resposta de um indivíduo, uma família ou uma comunidade em relação ao problema. Na classificação dos diagnósticos de enfermagem da NANDA, o diagnóstico deve conter um título diagnóstico aliado a fatores relacionados e características definidoras.

À medida que se coletam os dados, identificam-se os “sinais e sintomas” que são as “características definidoras”. Os fatores ou variáveis que influenciam os diagnósticos são os “fatores relacionados” e são eles que devem ser tratados com as intervenções. Quando estes diagnósticos são potenciais, há, então, os diagnósticos de risco (NANDA, 2010).

Existem alguns diagnósticos que são mais comuns entre pessoas com DM e com HA. Há muitos livros e artigos que apresentam os principais diagnósticos de enfermagem encontrados no atendimento de enfermagem a estes clientes.



Saiba mais

Para saber mais sobre Diagnósticos de enfermagem, recomendamos a leitura dos seguintes textos:

BECKER, T. A. C.; TEIXEIRA, C. R. S.; ZANETTI, M. L. Diagnósticos de enfermagem em pacientes diabéticos em uso de insulina. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v. 61, n. 6, p. 847-52. nov./dez. 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a09v61n6.pdf>>.

PAVAN, R. M. S. et al. Diagnósticos de enfermagem em trabalhadores hipertensos de uma empresa de transporte urbano coletivo. **Rev. Eletr. Enf.** v. 7 n. 2, p. 173-8, 2005. Disponível em: <http://www.fen.ufg.br/revista/revista7_2/original_04.htm>.

Por outro lado, a Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE) é um sistema de linguagem de enfermagem unificado, que contempla os fenômenos, intervenções e resultados como elementos primários de sua construção. Essa terminologia, internacionalmente padronizada, foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermagem (CIE), a partir de 1989, em conjunto com pesquisadores de sistemas de classificações em enfermagem reconhecidos pela American Nurses Association (ANA). Sua estrutura provê a representação de uma linguagem comum para melhor descrever esta prática profissional nos sistemas de informação em saúde (MAZONI; RODRIGUES; SANTOS, 2010).



Compartilhando

Como você enfermeiro pode decidir sobre que abordagem da SAE/PE utilizar? A decisão, como já destacado, não é algo que o enfermeiro possa fazer isoladamente, mas deve ser compartilhada pela equipe de enfermagem. Para fazer esta escolha, é necessário que a equipe se prepare, aprofunde conhecimentos sobre referências teóricas e classificação diagnóstica, reconhecendo as especificidades de seu contexto.

Há alguns diagnósticos que são mais comuns entre pessoas com DM e com HA. Há textos que apresentam os **principais diagnósticos de enfermagem** encontrados no atendimento a estes clientes.



Saiba mais

Procure saber mais sobre os principais diagnósticos de enfermagem. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a09v61n6.pdf>>.

7.2.3 Planejamento de Enfermagem

Uma vez estabelecido o Diagnóstico de Enfermagem, você deverá planejar o cuidado aos usuários com HAS e DM ou sua família. A resolução do COFEN 358/2009 define esta etapa como a determinação de resultados que se espera alcançar, além das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas.

É preciso que sejam definidas metas e objetivos de modo claro. Devem ser alcançáveis, mensuráveis e conter limites de tempo para atingir as respostas positivas.

Esta etapa consiste no desenvolvimento de metas e de um plano de cuidado que será elaborado para ajudar na resolução dos problemas da pessoa em condição crônica, ou seja, dos diagnósticos de enfermagem.

Nesta etapa é preciso estabelecer quais as metas a serem alcançadas de modo que a ação de enfermagem possa ajudar a modificar o problema de saúde que a pessoa está enfrentando. O planejamento será operacionalizado por meio da prescrição de enfermagem.

7.2.4 Implementação

A Resolução do COFEN 358/2009 define esta etapa como a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Nesse momento, é realizada a Prescrição de Enfermagem, de incumbência privativa do enfermeiro. Consiste na concretização do plano através de intervenções, ou seja, é a execução da prescrição de enfermagem.

Lembre-se que, durante esta etapa, novas informações vão sendo obtidas e que estas poderão levar ao estabelecimento de novos diagnósticos.

7.2.5 Avaliação

A avaliação, de acordo com a Resolução do COFEN 358/2009, é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas do usuário com HAS e DM e sua família, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados. Na avaliação, verifica-se a necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem. Em resumo, esta etapa avalia as respostas ao cuidado de enfermagem, ou seja, verifica de acordo com a evolução do usuário se as intervenções propostas atingiram as metas estabelecidas.

Há muitas formas de registro do PE, que precisam ser amplamente discutidas, não somente pela equipe de enfermagem, mas também com outros profissionais e com a gerência do serviço, uma vez que estes registros deverão ser acessíveis a todos e fazer parte do prontuário de saúde.

A SAE/PE é desenvolvida em momentos distintos e inter-relacionados que se complementam, sendo estes: a consulta de enfermagem, os grupos educativos e a visita domiciliar, que iremos abordar mais especificamente no Módulo IX.

I) Avaliação clínica do usuário com DM e HAS

Retomando alguns aspectos já ressaltados anteriormente, o usuário com HAS e DM necessita de cuidado integral que envolve a equipe de saúde. O cuidado integral estabelece o vínculo do usuário com a equipe de saúde e favorece a adesão ao tratamento. Tendo em vista o impacto da HAS e do DM na população brasileira, o Ministério da Saúde, por meio da Política Nacional de Atenção Integral à HAS e ao DM, estabelece algumas ações que visam o controle destes agravos, seus fatores de risco e suas complicações.

Os **“Cadernos de Atenção Básica”** trazem protocolos atualizados baseados em evidências científicas mundiais, dirigidos aos profissionais de saúde da Atenção Básica, sobretudo os das Equipes de Saúde da Família, que poderão, com ações comunitárias e individuais, informar a comunidade sobre:

- Como prevenir a doença;
- Identificar grupos de risco;
- Fazer o diagnóstico precoce;

- Fazer abordagem terapêutica e medicamentosa;
- Manter o cuidado continuado;
- Educar e preparar os usuários e famílias a terem autonomia no autocuidado;
- Monitorar o controle;
- Prevenir complicações;
- Gerenciar o cuidado nos diferentes níveis de complexidade, buscando a melhoria de qualidade de vida da população (BRASIL, 2006a).



Saiba mais

Sobre os Cadernos de Atenção Básica, indicamos estas referências:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf>.

Apresentamos, a seguir, um roteiro de orientação geral para a avaliação clínica de usuários com DM, que teve como referência: Padrões de Cuidado em Diabetes da Associação Americana de Diabetes (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 2010) e orientações da Sociedade Brasileira de Diabetes (2011a); e um roteiro de orientação geral para a avaliação clínica de usuários com HAS, que teve como referência: as *V Diretrizes Brasileiras de Hipertensão Arterial*, elaboradas pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2006).

Avaliação clínica de usuários com HAS e DM:

HISTÓRIA DE SAÚDE	Idade e características do início do DM ou da HAS; história familiar de diabetes ou de HAS; padrões de alimentação anteriores; hábitos de atividades físicas; mudanças de peso; crescimento e desenvolvimento na infância e adolescência; história da educação em DM ou HAS; revisão de tratamentos prévios e resposta aos tratamentos (registros de hemoglobina glicada ou glicemia capilar para pessoas com DM e pressão arterial para pessoas com HAS); consumo de sal, bebidas alcoólicas, cigarro e drogas.
TRATAMENTO ATUAL PARA O DM OU PARA A HAS	Medicações, plano alimentar, padrões de atividade física.
RESULTADOS DO MONITORAMENTO DA GLICEMIA PARA PESSOAS COM DM	Frequência de cetoacidose (gravidade e causas); episódios de hipoglicemia (gravidade e causas).
HISTÓRIA DE COMPLICAÇÕES RELACIONADAS AO DM E À HA	Microvasculares (retinopatia, nefropatia, neuropatia); macrovasculares (doença cerebrovascular, doença coronariana, doença arterial periférica); outras (problemas psicológicos, problema dentário, dentre outros).
EXAME FÍSICO	Peso, altura, índice de massa corpórea (IMC), circunferência abdominal; pressão arterial; exame da pele (locais da aplicação da insulina, hidratação, dentre outras); avaliação dos pés para pessoas com DM (inspeção, palpação arterial, reflexo aquileu, sensibilidade); ausculta pulmonar para pessoas com HAS.

II) Avaliação de exames laboratoriais

Avaliar exames laboratoriais é uma importante habilidade que o enfermeiro precisa ter para acompanhar a evolução da condição de saúde das pessoas com DM e HAS, subsidiando sua prática assistencial.



Palavra do profissional

Você se recorda que as metas de controle já foram abordadas em Unidades anteriores? Se ainda não está claro para você, que tal retomar e revisar a unidade 5.

7.3 Resumo

Nesta Unidade abordamos a SAE/PE como forma de organização do trabalho da enfermagem. Destacamos que não é uma opção do enfermeiro realizar a sistematização, mas atualmente, é uma obrigação, regulamentada pelo COFEn. Abordamos cada uma das etapas do processo de enfermagem. Finalmente, foi destacada a avaliação clínica dos usuários com HAS e DM, compreendendo que esta avaliação deve fazer parte do cotidiano do cuidado de enfermagem como ferramenta que permite monitorizar a evolução dessas doenças e de suas complicações.

7.4 Fechamento

Finalizamos esta Unidade em que apresentamos alguns aspectos da SAE/PE, dialogando com você sobre sua aplicabilidade na atenção às pessoas com DM e HAS.

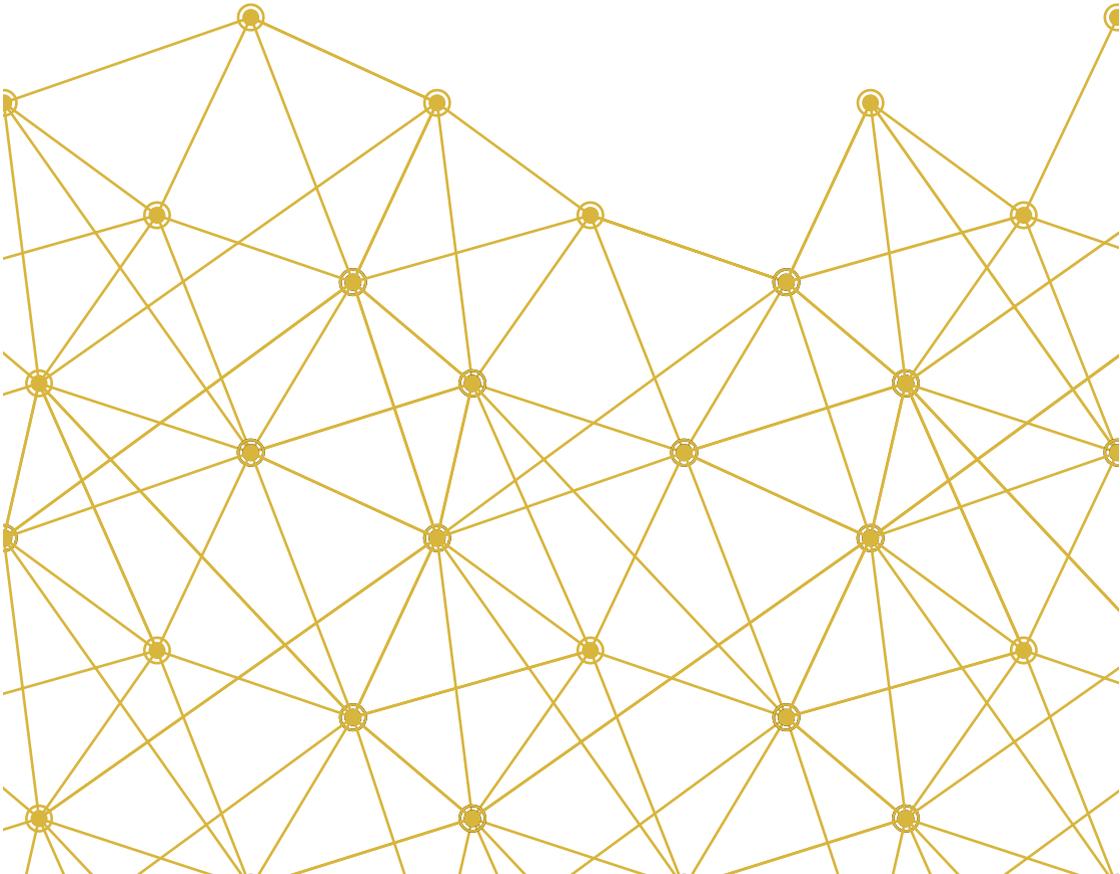
Como você se sentiu? Ficou clara para você a importância da SAE/PE? Destacamos que este conteúdo não é suficiente para elaborar uma proposta para seu local de serviço, caso isto ainda não seja sua realidade! É preciso buscar apoio em pessoas com experiência, ou mesmo, em textos sobre a temática. Nossa intenção foi levantar a importância da sistemática e apontar alguns caminhos iniciais!

7.5 Recomendação de leitura complementar

BARROS, A. L. B. L. Classificações de diagnóstico e intervenção de enfermagem: NANDA-NIC. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. Especial, p. 864-7, 2009.

ROSSO, M.; SILVA, S. H.; SCALABRIN, E. E. Sistema baseado em conhecimento para apoio à identificação dos focos do processo corporal da CIPE®. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 3, set. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072009000300016&lng=en&nrm=iso>.

UNIDADE 8



Unidade 8 – Protocolos e Fluxo de atendimento na HAS e no DM nos diferentes níveis de atenção

Ao final desta unidade, você será capaz de reconhecer os protocolos e fluxos de atendimentos nos diferentes níveis de atenção como norteadores da assistência em HAS e DM, bem como a sua importância na construção do processo de trabalho e modelo de atenção em saúde.

8.1 Introdução

Protocolos são considerados importantes instrumentos para o enfrentamento de diversos problemas na assistência e na gestão dos serviços. Orientados por diretrizes de natureza técnica, organizacional e política, têm como fundamentação evidências científicas e como foco a padronização de condutas clínicas.

Encontramos na prática profissional uma diversidade de protocolos! Veja alguns exemplos de protocolos:

- Assistenciais;
- De atenção;
- De cuidado;
- De acompanhamento e avaliação;
- De organização da atenção.

Em um primeiro momento, esta diversidade pode causar alguma dificuldade, certo? No entanto, apesar de terem diretrizes diferenciadas, são agrupados quanto à natureza, tais como:

- I) Protocolos clínicos;
- II) Protocolos de organização dos serviços.

Em geral, os protocolos mantêm relação direta com as diretrizes do modelo de atenção. Apenas lembrando, no caso do Sistema Único de Saúde (SUS), as diretrizes maiores são as da Constituição Brasileira: atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais (PAIM, 2004).

Essas diretrizes vêm sendo constantemente reafirmadas e normatizadas em eventos importantes para a construção do modelo proposto pelo SUS, como as conferências de saúde, bem como

as conferências de consenso, voltadas para discussão e obtenção de pautas diagnósticas, terapêuticas e preventivas para determinadas doenças e agravos, e a adoção de 'protocolos assistenciais' para o desenvolvimento de melhores práticas nos processos de trabalho em saúde (PAIM, 2004).



Saiba mais

Acesse o site indicado sobre protocolos clínicos e protocolos de organização dos serviços. Disponível em: <http://rumosaude.com.br/content/data/files/files_contact_407/Guia%20para%20elabora%C3%A7%C3%A3o%20de%20protocolos.pdf>.

As Normas Operacionais de Assistência à Saúde (NOAS) de 2001 e 2002, além de definirem bases das práticas na atenção básica, como já discutido em unidades anteriores, também propuseram a criação de protocolos para a assistência. De acordo com Paim (2004), as medidas foram centradas em padrões estabelecidos pela comunidade científica e nos elementos do processo de trabalho para aprimorar o atendimento e aumentar a satisfação dos usuários.

Na mesma direção, em 2006, o Pacto pela Saúde (lembra-se dele?) buscou induzir a qualidade do atendimento, propondo que o mesmo esteja amparado em procedimentos, protocolos e instruções que normatizam o trabalho (BRASIL, 2006a).

Em decorrência desses movimentos institucionais, e diante da expansão e consolidação da atenção básica, a utilização de protocolos foi incorporada no trabalho diário na maior parte dos municípios brasileiros. Muitos deles passaram a elaborar seus próprios protocolos, diante das necessidades de saúde que lhes eram peculiares. Porém, em um número considerável de municípios ainda são adotados os protocolos produzidos e preconizados pelo Ministério da Saúde ou pelas Secretarias Estaduais.



Compartilhando

Como exemplo do exposto acima, temos o caso de Minas Gerais, onde foi estabelecido um processo de elaboração de linhas-guia, que orientam as práticas dos serviços de saúde e consolidam o emprego de protocolos. Portanto, podemos afirmar que todos os municípios habilitados em algum formato de gestão do SUS fazem a utilização rotineira de protocolos na organização de suas ações de saúde.

Cabe destacar que os protocolos apresentam limites. Por isso, embora ali-cerçados em evidências científicas e tecnológicas, não devem ser tomados para além de sua real dimensão.

A sua utilização desprovida de avaliação, de acompanhamento gerencial sistemático e revisões científicas periódicas constitui significativo risco de produzir um processo de trabalho pobre e desestimulante. Se o planejamento e a avaliação forem negligenciados por gestores e trabalhadores, não há lugar para a renovação e a inovação. Pense nisso!

Protocolos são as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, equipe ou departamento, elaboradas a partir do conhecimento científico atual, respaldados em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Abordaremos, a partir de agora, as especificidades dos protocolos de HAS e DM disponíveis, bem como os desdobramentos deles oriundos.

8.2 Protocolo de cuidado em HAS e DM

Protocolos clínicos, conforme já vimos, são instrumentos direcionadores da atenção, voltados para a clínica e ações preventivas, promocionais e educativas. Referem-se ao enfrentamento de determinados problemas de saúde, por meio do emprego de conhecimentos e tecnologias eficientes e eficazes, respaldados nas evidências científicas.



Palavra do profissional

Sugerimos agora que você enfermeiro faça uma pausa e reflita sobre os protocolos existentes no seu município... Pensando especificamente na HAS e no DM, seu município possui um protocolo pré-estabelecido norteador das ações em saúde? Você o considera importante para o processo de trabalho e para a qualidade da assistência?

Com o processo de descentralização, a autonomia dos municípios constitui um dos mais importantes avanços alcançados pelo Sistema Único de Saúde (SUS). Esta autonomia vem se consolidando à medida que se alcança um processo estruturado de gestão. Nessa direção, o emprego de protocolos tem favorecido a efetivação do modelo de atenção proposto pelo SUS.

Em alguns municípios, os gestores delegam aos profissionais as responsabilidades da condução das ações de saúde. Há poucas intervenções no processo de trabalho, bem como há dificuldades para avaliação. Nesses locais, muitos de nós realizamos as ações diárias com a utilização de tecnologias que aprendemos há algum tempo e muitas vezes elas são desempenhadas de forma pouco reflexiva ou crítica.



Palavra do profissional

Algo muito cômodo para nós: sempre fazemos assim e está respondendo bem. Então, por que “inventar moda” e tentar fazer diferente? Mudar? Vai dar muito trabalho.

A falta de problematização do processo de trabalho não permite que os protocolos tenham significado para seu cotidiano. Raramente refletimos sobre eles.

Refleta...

O município que você trabalha adotou algum protocolo para o cuidado em HAS e DM? Você ou outro profissional participou da elaboração de algum protocolo ou discutiu a implantação de algum já existente, como o do Ministério da Saúde, por exemplo? Ou será que você está guiando a sua ação sem discussão e crítica?

Em relação à HAS e ao DM, existe uma linha-guia de cuidado que busca a normalização e integração do processo de organização da atenção em rede, cobrindo desde as ações de prevenção primária, secundária e terciária até aquelas referentes à atenção primária, secundária e terciária. Essa linha ordena o caminhar dos usuários na rede de atenção à saúde, estabelecendo os fluxos entre os diversos cenários de atenção na rede.

A Linha de Cuidado é mais ampla que um protocolo clínico (ESPÍRITO SANTO, 2008). No entanto, o protocolo está inserido na lógica da linha de cuidado.

As linhas de cuidado embasam o processo de estruturação do conhecimento e das ações de um campo do saber em saúde, cuja organização deve buscar a integração dos níveis de prevenção e de atenção. Nesta organização, o emprego de protocolos pode ser bastante útil, pois se o trabalho em uma unidade de saúde é sensível aos problemas citados, parece lícito afirmar que pode ser igualmente sensível à adoção de mecanismos de gestão.

Abordar aspectos de gestão é uma tarefa complexa e que demanda tempo! Embora não seja o objetivo da nossa unidade aprofundar os conceitos implícitos da gestão, não é possível deixar de mencioná-los quando tratamos de fluxos assistenciais e suas pactuações.

O fluxo de atendimento dar-se-á de acordo com a linha de cuidado específica, sendo determinada a partir do estabelecimento do diagnóstico com a classificação. Nessa direção, anterior a utilização de um protocolo, se faz necessário implementar condutas para o estabelecimento do diagnóstico. Nos quadros que seguem abaixo, observamos os critérios diagnósticos para a HAS e para o DM.

8.2.1 Critérios diagnósticos para Hipertensão Arterial

Classificação da Pressão Arterial de acordo com a medida casual no consultório para indivíduos acima de 18 anos.

CLASSIFICAÇÃO	SISTÓLICA (MMHG)	DIASTÓLICA (MMHG)
Ótima	<120	<80
Normal	<130	<85
Limítrofe	130-139	85-89
Hipertensão estágio 1	140-159	90-99
Hipertensão estágio 2	160-179	100-109
Hipertensão estágio 3	≥180	≥110
Hipertensão sistólica isolada	≥140	<90

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010).

Recomendações para seguimento e prazos máximos de reavaliação.

SEGUIMENTO	PRESSÃO ARTERIAL (MMHG)	
	SISTÓLICA	DIASTÓLICA
Reavaliar em 1 ano. Estimular mudança estilo de vida.	<130	<85
Reavaliar em 6 meses. Insistir na mudança de estilo de vida*.	130-139	85-89
Confirmar em 2 meses. Considerar MAPA/MRPA*.	140-159	90-99
Confirmar em 1 mês. Considerar MAPA/MRPA*.	160-179	100-109
Intervenção medicamentosa imediata ou reavaliar em 1 semana.	≥180	≥110

Fonte: Sociedade Brasileira de Cardiologia, Sociedade Brasileira de Hipertensão e Sociedade Brasileira de Nefrologia (2010). *Considerar intervenção de acordo com a situação clínica do paciente (fatores de risco, comorbidades, lesões de órgão-alvo).

Também já temos disponível o fluxograma para o diagnóstico da HAS.



Saiba mais

Amplie seu conhecimento sobre Fluxogramas. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>.

Diante do exposto, ficou clara a importância da utilização dos protocolos para a atenção em HAS? Na sua unidade de saúde são utilizados fluxos de atendimento? Quais? Que tal pensar a respeito?

8.2.2 Critérios diagnósticos do Diabetes Mellitus

O diagnóstico do DM é realizado por meio da identificação dos sinais e sintomas clínicos clássicos do DM (Você se lembra desses sinais e sintomas? Que tal recordá-los?) e pela identificação dos parâmetros clínicos de glicemia plasmática.

Observemos no quadro abaixo tais parâmetros laboratoriais utilizados no diagnóstico do DM.

DIAGNÓSTICO	GLICOSE DE JEJUM	120MIN. APÓS GLICOSE	AO ACASO
Normal	<100	<140	
Glicemia de jejum alterada	≥100 e <126		
Tolerância à glicose diminuída	<126	≥140 e <200	
Diabetes mellitus	≥126	≥200	≥200 (sintomas)

Fonte: SBD (2011a)

Desta forma, ficaram claros, para você enfermeiro, os parâmetros para o diagnóstico do DM? Discuta com seus colegas como cada um aborda o usuário com vistas à detecção precoce do diagnóstico de DM.

Confirmado o diagnóstico da HAS ou do DM, passaremos para a segunda etapa, vamos lá? Nesta segunda etapa inicia-se o acompanhamento dos usuários pautando-se em condutas clínicas e terapêuticas definidas, por meio de abordagem multiprofissional, com vistas ao sucesso do tratamen-

to e controle da doença. Isso faz você lembrar-se do quê? Estamos falando da implementação de protocolos de cuidado para HAS e DM.

Neste momento, apresentamos os pontos abordados em um protocolo de atendimento ao usuário com HAS ou DM.

Considerando o seu contexto de cuidado em HAS e DM, disponibilizamos alguns exemplos de protocolos já implementados em diferentes municípios do nosso país.



Saiba mais

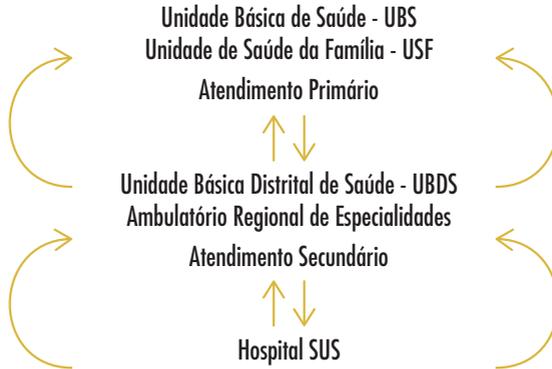
Procure saber mais sobre Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes. Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>.

Organização Pan-Americana da Saúde. Linhas de cuidado: hipertensão arterial e diabetes. Diadema. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/linhas_cuidado2010.pdf>.

Ao analisar criteriosamente as condutas que devem compor um protocolo de cuidados em HAS e DM, você deve ter percebido que muitos dos pontos já foram abordados ao longo das unidades anteriores, como por exemplo, epidemiologia, conceito, etiologia e classificação, fatores de risco, critérios diagnósticos, medicamentos padronizados para HAS e DM, fluxogramas de tratamento, metas de tratamento, complicações agudas e crônicas, monitorização da glicemia e da pressão arterial, dentre outros.

Desta forma, diante de tantas especificidades que compõem os protocolos, abordaremos agora o fluxo de atendimento do usuário com HAS e DM, considerando os três níveis de atenção.

Figura 1: Fluxo de atendimento ao paciente com hipertensão e/ou diabetes.



Fonte: Ribeirão Preto (2011)

Você entendeu o fluxograma? Que tal discutir com seus colegas um exemplo do itinerário que um usuário com HAS ou DM percorre na rede de atenção a saúde, desde o diagnóstico até o surgimento de alguma complicação? Vamos lá! O exercício é a melhor forma de sedimentarmos o conhecimento!

Pois bem, após este momento de exercício, apresentamos as atribuições de cada nível da rede de cuidados: primário, secundário e terciário.

PRIMÁRIO E SECUNDÁRIO	SECUNDÁRIO	TERCIÁRIO
<ul style="list-style-type: none"> - Detecção e diagnóstico precoce da hipertensão e do diabetes pelo clínico geral, principalmente na população com fatores de risco e portadores da Síndrome Metabólica; - Acompanhamento multiprofissional de casos não complicados de hipertensos ou diabéticos; - Educação continuada, individual ou em grupo, para hipertensos ou diabéticos e familiares; - Dispensação de medicamentos; - Inserção no programa de auto-monitoramento dos diabéticos em insulinoterapia. 	<ul style="list-style-type: none"> - Atendimento especializado pelo cardiologista ou endocrinologista; - Hipertensos ou Diabéticos tipo 1 ou tipo 2 de difícil controle; - Casos mais graves ou com complicações crônicas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hospital SUS; - Tratamento das complicações; - Internação de pacientes com complicações.

Fonte: Ribeirão Preto (2011)

8.3 Resumo

Discutimos, nesta unidade, os protocolos clínicos e de organização dos serviços, definindo-os como as rotinas dos cuidados e das ações de gestão de um determinado serviço, que são elaboradas, a partir do conhecimento respaldado em evidências científicas, por profissionais experientes e especialistas em uma área e que servem para orientar fluxos, condutas e procedimentos clínicos dos trabalhadores dos serviços de saúde.

Abordamos, ainda, os protocolos específicos para o cuidado em HAS e DM, descrevendo seus elementos estruturantes, bem como o itinerário que esse usuário percorre no serviço de saúde, nos diferentes níveis de atenção, conforme suas necessidades.

8.4 Fechamento

Esperamos que, ao longo desta unidade, você tenha compreendido que a utilização de protocolos e fluxos assistenciais de atendimento visa recomendar as melhores condutas a serem adotadas frente a uma determinada situação. Espera-se que, a partir desse conhecimento, o enfermeiro repense a importância da utilização dos protocolos na assistência e o estabelecimento dos fluxos na busca da qualificação do cuidado no SUS.

8.5 Recomendação de leitura complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão**. Brasília: [s.n.], 2006. 76 p.

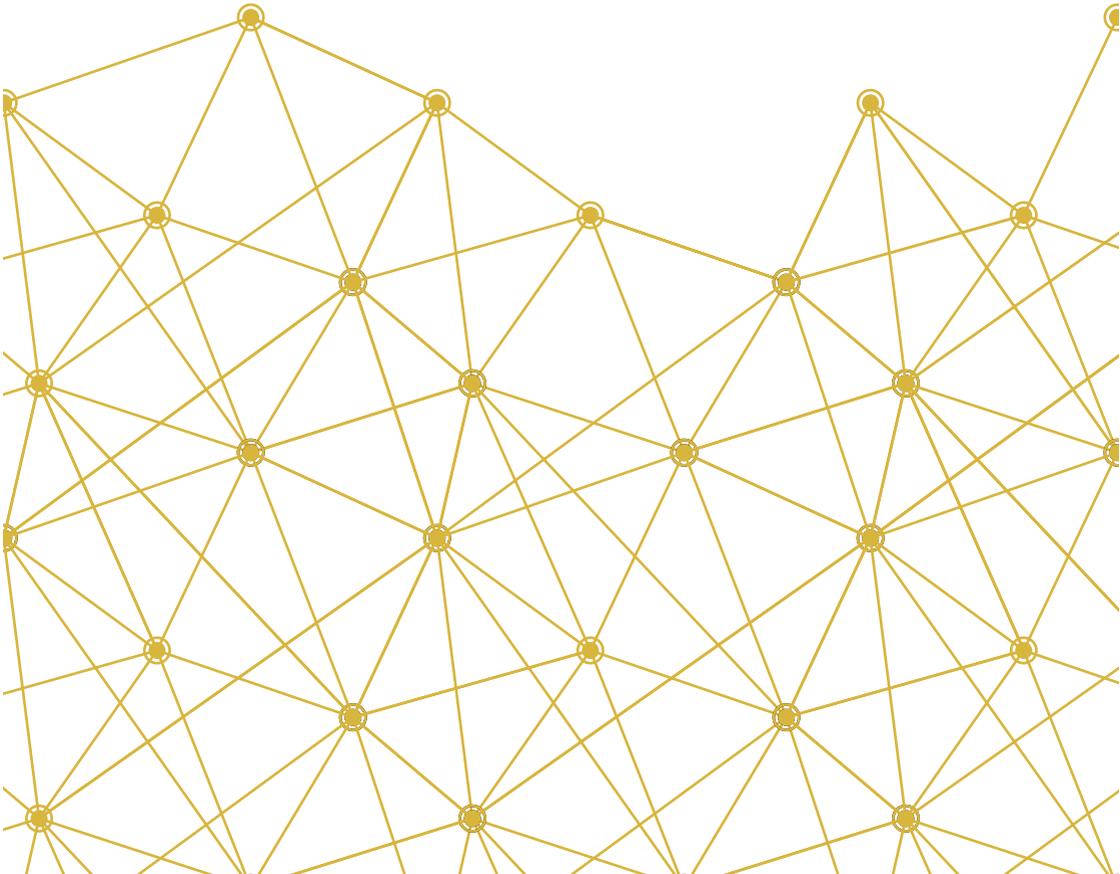
ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. Anexo 6. **Linhas-Guia e Manuais**. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0279.pdf>>.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p. 14-40.

RIBEIRÃO PRETO. Prefeitura Municipal. **Protocolo de Atendimento em Hipertensão Arterial e Diabetes 2011**. Ribeirão Preto: Secretaria Municipal de Saúde de Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssauade/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>.

SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: [s.n.], 2011.

UNIDADE 9



Unidade 9 – Ética em Saúde – Autonomia do usuário com DCNT

Ao final desta unidade, você terá refletido acerca da complexidade das noções de autonomia implicadas no ser uma pessoa com DCNT.

9.1 Introdução

Nesta unidade estudaremos a autonomia. Para isto, abordaremos, entre outras perspectivas, a Bioética Principlalista e a Equidade em Saúde como discussão das condições de possibilidade do exercício da autonomia. Explcitaremos uma autonomia implicada tanto na capacidade de decisão dos sujeitos como na possibilidade de viver com uma DCNT em família e na sociedade brasileira em tempos atuais. Mas porque apontar em uma discussão da noção de autonomia a vitalidade do binômio igualdade/liberdade? Vivemos em um Brasil que convive com situações paradoxais que vão desde a permanência de doenças comuns em nações pobres (dengue, malária, chagas, esquistossomose, febre amarela) até taxas expressivas de mortalidade por doenças consideradas de países mais avançados (câncer, problemas cardiovasculares, diabetes, acidentes de trânsito). Neste ínterim, o conhecimento dos macrodeterminantes de saúde e seus efeitos práticos e analíticos, assim como os princípios da autonomia e justiça legitimam a equidade em saúde como área essencial de atenção da Bioética. Ressaltamos que a reflexão ética obriga-nos a escolher, a procurar e a problematizar entre as várias soluções possíveis, quais são aquelas que correspondem não só a critérios de eficiência e de eficácia, mas ao equilíbrio entre custos e benefícios, sobretudo a exigências de prioridade, equidade e moralidade.

9.2 Bioética Principlalista

A publicação do livro *The Principles of Bioethics*, de Beauchamp e Childress, em 1979, expandiu academicamente a discussão bioética. Ou seja, a bioética principlalista tornou-se conhecida em quase todos os meios científicos, o que permitiu universalizar rapidamente a bioética. E seus princípios nada mais são do que uma versão científica dos princípios filosóficos da Revolução Francesa, princípios estes que foram codificados em 1948 na Declaração Universal dos Direitos do Homem.

Nesta direção, o ideal da liberdade tornou-se o princípio da Autonomia, o princípio cristão de fraternidade se transformou nos princípios de beneficência e de não maleficência e, finalmente, o ideal de igualdade tornou-se o princípio de justiça (COHEN, 2005).

Na verdade, a bioética principialista é um dos modelos, possíveis, de análise bioética. Ela é composta por um corpo plural de princípios potencialmente conflitantes. Ou seja, não conseguimos lidar com apenas um modo de decidir claro, coerente e abrangente para se chegar a respostas, já que o conflito e a ambiguidade são vistos como aspectos inerentes da vida moral (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

É importante destacar:

- 1) A Bioética Principialista é muito conhecida em vários países do mundo. Conceitos como autonomia, beneficência, não maleficência e de justiça são conceitos que circulam e respaldam o modo de ser e de viver em sociedade;
 - 2) O livro dos autores Beauchamp e Childress, intitulado em português de Os Princípios da Bioética, traz inúmeros conceitos e exemplos práticos de como se apresentam no cotidiano de cada sujeito as necessidades de invocarmos os respectivos princípios;
 - 3) Cada código de ética ou deontológico que orienta o exercício profissional da enfermagem, ou das demais profissões que respondam em alguma das ou em todas as etapas do processo de atenção à saúde da população humana, reforça os princípios, os direitos e os deveres para que, justamente, os profissionais compreendam que devem respaldarem-se conceitualmente, repercutindo em um melhor modo de lidar com os diferentes e possíveis conflitos.
-

De que modo os princípios articulam-se ao pensamento moral? O que são princípios?

<p>No pensamento moral frequentemente misturam-se recursos, princípios, regras, direitos, virtudes, paixões, analogias, paradigmas, parábolas e interpretações;</p>	<p>Atribuir prioridade a um fator apenas é uma pretensão duvidosa;</p>	<p>Os princípios, as regras e as teorias são aspectos mais gerais;</p>
<p>Os sentimentos, as percepções, os julgamentos de casos, as práticas são aspectos específicos;</p>	<p>A ética biomédica propõe-se e necessita estabelecer uma vinculação entre as teorias, os princípios e as decisões. Para tanto, a sensibilidade e a competência para o entendimento do contexto social e político, assim como das diferenças individuais, é essencial para um uso discernido dos princípios;</p>	<p>Os princípios podem nortear nossas escolhas e nossos “modos de ser”, o sujeito que queremos ser, orientar uma análise dos problemas éticos ao encontro do que sentimos e percebemos ser nossas tendências. No entanto, eles não são decisivos para a resolução de conflitos.</p>

9.2.1 Princípios Importantes no exercício da enfermagem

Dentre as formas de ação que têm o propósito de beneficiar outras pessoas, num sentido mais amplo, a beneficência é conceituada como uma ação realizada em benefício dos outros:

A benevolência como a virtude ligada à disposição de agir em benefício de outros e o **princípio da beneficência** refere-se à obrigação moral de agir em benefício de outros, promovendo seus interesses legítimos e importantes. O **princípio da não maleficência** propõe a obrigação de não infligir dano intencional e está estreitamente associado com a máxima *Primum non nocere* (acima de tudo, não causar dano).

A obrigação de não causar dano é claramente distinta da obrigação de ajudar os outros. O **princípio da justiça** é entendido como sendo a expressão da justiça distributiva, que é a distribuição justa, equitativa e apropriada do ônus e dos benefícios na sociedade, de acordo com normas que estruturam os termos da cooperação social.

O **princípio do respeito à autonomia** implica em tratar as pessoas de forma a capacitá-las a agir autonomamente, diminuindo os temores e outras condições que arruinem sua autonomia. Nesta perspectiva da bioética principialista, incorporam-se as convicções éticas de que os indivíduos devem ser capazes de deliberar sobre seus objetivos pessoais e de agir na direção desta deliberação, e as pessoas com autonomia diminuída devem ser protegidas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Os profissionais da enfermagem justificam moralmente suas ações no princípio da beneficência e correspondem ao da não maleficência quando evitam situações de risco, ponderando sobre as suas ações antes de executá-las.

Já o princípio da autonomia, embora fortalecido cada vez mais no discurso profissional, mostra-se fragilizado na prática, demonstrando a ocorrência de conflitos entre princípios que indicam rumos de ação diversos em situações concretas (SCHNEIDER, 2010).



Palavra do profissional

Mas, de que modo estas argumentações se sustentam na prática cotidiana do sujeito com potencial para ou acometido por uma DCNT? Pedimos que você reflita acerca do exemplo a seguir, entre vários outros exemplos possíveis.

Como profissionais da saúde, nós sabemos que as pessoas, muitas vezes, são internadas na UTI por complicações secundárias à doença crônica. Na verdade, elas internam e reinternam sistematicamente. Um dos exemplos de complicação é a evolução para edema agudo de pulmão devido à insuficiência cardíaca congestiva, que por sua vez já é complicação da hipertensão, ou do diabetes, ou da cardiopatia isquêmica. Após um período de espera na emergência, estas pessoas conseguem leito na UTI e geralmente são ágil e eficazmente atendidas pela equipe de saúde. Ao terem alta da UTI, vão para a unidade de internação e, após algum período, voltam para suas residências, até que aconteça o próximo edema agudo de pulmão. E reinicia-se todo o processo de atendimento, descrito acima.

O princípio que rege este tipo de conduta profissional e institucional é o de beneficência e em alguns aspectos o princípio de não maleficência ganha precedência sobre o de beneficência. Mas, continuemos nossa história.

A instituição hospitalar resolve instalar no serviço ambulatorial consultas de enfermagem. Ou seja, enfermeiras atuam de modo interdisciplinar com os demais profissionais da saúde, cujo objetivo principal seria diminuir ou erradicar as reinternações das pessoas em UTI por edema agudo de pulmão de origem cardíaca. Deste modo, cada vez que uma destas pessoas estaria prestes a receber alta hospitalar, os profissionais de saúde agendariam consulta ambulatorial. No acompanhamento ambulatorial, as enfermeiras procurariam planejar com o usuário o processo de manter-se um doente crônico sem complicações e com sua funcionalidade física e psicossocial preservada. No entanto, algumas destas pessoas não aderem “totalmente” ao novo planejamento de intervenções de saúde.

Estas mesmas profissionais enfermeiras, entre outras intervenções factíveis, detectam que existem pessoas que aderem melhor à orientação em grupo, enquanto outras pessoas aderem melhor à orientação e adequação da intervenção de modo individual. Passado algum período de efetivação destas práticas de intervenção em saúde, foi detectada redução drástica da taxa de reinternações de pessoas por edema agudo de pulmão de origem cardíaca, tanto na UTI como na unidade de internação. Ou seja, o locus de intervenção desloca-se para as residências, para o serviço ambulatorial ou para a unidade básica de saúde.

Nesta situação, os princípios de beneficência e de não maleficência ainda têm precedência em relação ao respeito à autonomia, significado pelo rigor no atendimento e no encaminhamento ambulatorial. No entanto, superada a situação de exacerbação da doença crônica, passa-se a explorar pos-

sibilidades de exercer o princípio da autonomia, respeitando as diferentes e variadas necessidades de cada um, ou seja, reconhecendo os padrões individuais. Além disso, pode-se evidenciar como presentes a responsabilidade profissional e o adequado planejamento e gestão do serviço de saúde.

Ainda podemos fazer esta reflexão: advogar a favor do sujeito é a possibilidade de esclarecimento, de favorecer e estimular a sua vontade própria. Parece ser comum na orientação aos usuários em relação ao seu autocuidado, serem apresentadas a eles proibições e recomendações em relação ao que devem ou não seguir numa relação predominantemente prescritiva, em que se espera a sua obediência e a sua aceitação das verdades apresentadas.

Diferentemente, apresentar - numa linguagem acessível, simples e compreensível, com espaço para expressar as suas incompreensões, os seus questionamentos e medos - o que significa determinada patologia, como os seus hábitos de vida podem ou não agravá-la, como determinados cuidados podem ou não aumentar sua sobrevida, os riscos de complicações presentes e as possíveis consequências decorrentes das suas opções de vida, constitui-se de uma postura mais ética.

9.3 O Respeito à Autonomia

Dentre os traços da **pessoa autônoma**, inclui-se a “compreensão, o raciocínio, a deliberação e a escolha independente, o ato de governar efetivamente” (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002, p. 138).

No entanto, as pessoas autônomas podem “falhar” em suas escolhas devido a restrições temporárias impostas pela doença, pela depressão, pela ignorância, pela coerção ou por outras condições que restringem as opções.

Ser autônomo, portanto, é ter a capacidade de escolher racionalmente e atuar de acordo com suas deliberações, seus valores.

Ser autônomo não é a mesma coisa que ser respeitado como um agente autônomo, respeitar é, no mínimo, reconhecer o direito dessa pessoa de ter suas opiniões, fazer suas escolhas e agir com base em valores e crenças pessoais.

Esse respeito envolve uma ação consciente, e não meramente uma atitude mecânica. Assim, o respeito pela autonomia implica favorecer a capacitação das pessoas a agir autonomamente, com liberdade de pensamento, enquanto o desrespeito envolve atitudes e ações que ignoram, insultam ou degradam a autonomia dos outros e, portanto, negam uma igualdade mínima entre as pessoas (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

O princípio de respeito à autonomia não determina que uma pessoa deva ser livre para saber ou fazer, nem o que é uma justificação válida para a restrição da autonomia. Deste modo, este princípio requer dos profissionais a revelação das informações, de modo a assegurar o esclarecimento e a voluntariedade, e encorajar a tomada de decisão adequada (BEAUCHAMP; CHILDRESS, 2002).

Para tanto, respeitar a autonomia do usuário implica habilitá-lo a superar seu senso de dependência e obter o maior controle possível ou o controle que ele deseja, desde que seus pensamentos e ações não prejudiquem outras pessoas.

Nesta perspectiva, pense conosco: o que seria respeitar a autonomia do usuário?

1. Proteger a privacidade?
2. Proteger informações confidenciais?
3. Obter consentimento para intervenções nos pacientes?
4. Quando solicitado, ajudar os outros a tomar decisões importantes?
5. Observar a voluntariedade do sujeito ao decidir?
6. Dizer a verdade na informação de maneira adequada, incluindo fatos ou descrições importantes para a tomada de decisão, a recomendação de um plano e o entendimento da revelação e recomendação realizada?
7. Outras interrogações possíveis...

Lembre-se que a pessoa com doença crônica tem peculiaridades. Ou seja, deve-se considerar que a capacidade ou não para decidir é algo que não atinge todas as esferas da vida desta pessoa e que esta capacidade é temporal. Ou seja, em algumas esferas de suas vidas eles serão mais autônômicos que em outras; dependendo do contexto e das condições algumas pessoas podem ser incapazes de fazer algo numa determinada época e em outro momento serem inteiramente capazes de efetuar a mesma tarefa.

Para mantermos nossa postura problematizadora até então assumida, lembremos que há, também, a questão do que podemos chamar de imperativo da autonomia, no qual a pessoa é forçada a fazer escolhas a despeito de quererem receber informação sobre sua condição ou tomar suas próprias decisões.

Passa-se do ‘código do silêncio’ para a ‘ditadura da verdade’, reconhecendo não um direito, mas um dever da decisão, o que não deixa de ser, a sua forma, uma influência controladora indevida que restringe a liberdade individual.

O respeito à autonomia abarca o reconhecimento de uma obrigação fundamental de assegurar igualmente aos usuários dos serviços de saúde o direito de escolherem ou não, como também, de aceitarem ou declinarem da informação acerca de seu estado de saúde e dos procedimentos necessários.

A informação e a escolha compulsórias são tão desrespeitosas à autonomia das pessoas quanto às revelações evasivas (ZOBOLI; SARTÓRIO, 2006).

Para finalizar esta seção, convidamos você para refletir acerca de dois direcionamentos do nosso comportamento profissional a que implicitamente tendemos:

- A uma atitude que implica no cancelamento “benevolente” da liberdade dos cidadãos, caracterizando o paternalismo;
- A uma atitude de respeito incondicional pela ‘autonomia’ das pessoas.

Perceba que, desta forma, paternalismo e respeito incondicional à autonomia padecem de problemas similares:

- A transferência de responsabilidade;
- A desconsideração da possibilidade de relacionamento entre dois parceiros;
- A relação entre usuários e profissionais desequilibra-se, quebrando condições fundamentais para a simetria e a liberdade (BUB, 2005).

9.4 A Equidade em Saúde: condições de possibilidade do exercício da Autonomia

No módulo V, enfatizamos que as decisões no campo da saúde perpassam a discussão biopolítica, com inúmeras e variadas demandas e interesses, tanto de cunho coletivo quanto individual.

Sinalizamos que a Bioética se apresenta como baliza que, além de reconhecer no campo da saúde conflitos de valores e interesses, participa expondo potencialidades, problematizando e também solucionando algumas dificuldades.

Nesta perspectiva, a Bioética tem apresentado importantes discussões sobre temas como os recursos escassos em saúde para o atendimento de todas as pessoas, procurando entender os princípios e valores éticos envolvidos na questão e tencionando a máxima de que a saúde seria um direito de todo cidadão.

Tal questão nos remete ao princípio da justiça, o qual é interpretado como o tratamento justo, equitativo e apropriado. Japiassu e Marcondes (1996, p. 152) definem justiça distributiva como o “princípio ético-político que estabelece a atribuição a cada um do que lhe é devido”. Isto é, a ponderação quanto à distribuição justa e equitativa gera questões a respeito dos princípios da justiça.

A teoria da justiça como equidade de Rawls reconhece a obrigação social e positiva de eliminar ou reduzir as barreiras que impedem a equitativa igualdade de oportunidade. Ou seja, a justiça como equidade compreende o princípio da igual liberdade, o princípio da igualdade das oportunidades e o princípio da diferença.

Logo, uma sociedade que preza a justiça zela para que nenhuma liberdade seja mais limitada do que o necessário para que todos possam desfrutar igualmente dela. Assim como não permite que a origem social afete em nada as oportunidades de acesso às diversas funções (RAWLS, 2003).

No Brasil, o debate conceitual sobre a equidade é reiterado como uma das principais referências para a avaliação das políticas de reforma dos serviços de saúde. A **Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais de Saúde** (CNDSS), em seu relatório final, enfatizou o seu compromisso com a equidade, buscando eliminar todas as privações de liberdade que limitem

as escolhas e as oportunidades das pessoas para exercerem sua condição de cidadão. As precárias condições de vida e saúde de amplos setores da população brasileira são privações de liberdade que limitam sua capacidade de optar entre diferentes alternativas, de ter voz frente às instituições do Estado e da sociedade e de ter maior participação na vida social. Ressalta ainda que este compromisso vise assegurar o direito universal à saúde, como um compromisso ético e uma posição política (BRASIL, 2008c).

Nesta direção, há motivações bioéticas expressas nas atuais tendências de promoção da saúde. Ainda que se considere o **enfoque comportamental**, expresso em ações que visam à transformação de hábitos e estilos de vida e pontuando fatores de risco, a ênfase é **o enfoque mais coletivo**, fundamentado no papel protagonista dos determinantes gerais sobre as condições de vida e saúde, estando diretamente relacionadas à qualidade de vida individual e coletiva.

Assim, a ética na concepção do SUS é amparada na definição constitucional que reconhece o direito inalienável do cidadão à saúde, independentemente de sua condição social ou de sua contribuição pecuniária específica.

A Constituição Brasileira atribuiu ao ente estatal a obrigação e a competência de proporcionar os cuidados de saúde, incluindo as ações de promoção à saúde, prevenção de doenças, cura e reabilitação (BRASIL, 2011).

Beauchamp e Childress (2002) apontam a questão do acesso igualitário aos serviços de saúde como um problema a ser enfrentado no que tange às teorias éticas.

Esse problema advém da ambiguidade dos objetivos das políticas públicas, em que procuramos fornecer a melhor assistência de saúde possível para todos e promovemos ao mesmo tempo programas de contenção de custos.

Também promovemos o ideal de acesso aos serviços de saúde, igual para todos, inclusive para indigentes e, contudo, mantemos um ambiente competitivo de livre mercado. Portanto, os propósitos desejáveis de assistência, igualdade de acesso, liberdade de escolha e eficiência social são difíceis de tornarem-se coerentes num sistema social tão incoerente.



Saiba mais

Para saber mais sobre tudo o que discutimos até agora, leia mais em: PESSALACIA, J. D. R.; OLIVEIRA, V. C.; GUIMARÃES, E. A. de A. Equidade de assistência à saúde no Brasil: uma análise segundo o princípio Bioético da Justiça. *RECOM*, v. 1, n. 2, p. 283-295. abr./jun. 2011.

Em 2002, o Ministério da Saúde e a comunidade científica elaboraram o **Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes Mellitus**, cujos objetivos eram reduzir:

- O número de internações;
- A procura pelo pronto-atendimento nas Unidades Básicas de Saúde;
- Os gastos com tratamentos de complicações crônicas;
- Aposentadorias precoces e mortalidade cardiovascular (BRASIL, 2002; SANTOS et al, 2011).

Mas, há direitos garantidos por leis às pessoas usuárias do sistema de saúde com DCNT na perspectiva da equidade. Em 29 de setembro de 2007, entrou em vigor a Lei Federal n.11.347/06, que dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos, materiais para aplicação de insulina e monitorização da glicemia capilar (BRASIL, 2006).

No entanto, Santos et al. (2011, p. 954) constatam que “o esquema ideal de monitorização de glicemia para todos os usuários com diabetes ainda é impraticável do ponto de vista econômico, o que inviabiliza o fornecimento dos glicosímetros e insumos para todos os usuários do SUS com DM”.

Logo, não basta formulação e divulgação de documentos que garantam o direito à saúde, mas é necessário assegurá-lo como um direito efetivo de fato (SANTOS et al., 2011).

Logo, lembre-se:

Informar às pessoas usuárias do sistema de saúde seus direitos como cidadãos é dever dos profissionais, logo, o direito à informação é **direito número 1**. Nesta direção, deve-se garantir o acesso às informações sobre os direitos legais como cidadãos, que deverão ser fornecidas por equipe multiprofissional de saúde capacitada. O segundo é o direito à provisão de recursos, bem como a sua adequada alocação e atomização, para que o acesso seja alcançado de forma justa e equitativa (SANTOS et al., 2011).

Outros direitos prioritários: receber assistência de uma equipe profissional preparada e atualizada; receber cuidados especializados que reduzam ao mínimo os riscos de morte ou de incapacidade permanente; obter informações adequadas sobre suas condições e a terapia; recusar tratamentos, desde que informado das consequências de suas decisões, e desde que avaliemos criticamente sua capacidade no momento para decidir e os respectivos aspectos implicados na decisão; utilizar-se dos mais apropriados recursos disponíveis.

Revise as políticas e direitos dos usuários do SUS com hipertensão arterial e compartilhe sua opinião com colegas de trabalho.



Saiba mais

Para saber mais sobre o que foi discutido até agora, você pode encontrar mais informação nestas leituras:

SANTOS, E. C. B. et al. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes *mellitus*. **Revista Bras. Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 952-7, set./out. 2011.

_____. Usuários dos serviços de saúde com diabetes *mellitus*: do conhecimento à utilização dos direitos à saúde. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 19, n. 2, abr. 2011.

_____. A efetivação dos direitos dos usuários de saúde com diabetes *mellitus*: co-responsabilidades entre poder público, profissionais de saúde e usuários. **Texto Contexto Enferm.** v. 20, n. 3p. 461-70, set. 2011.

9.5 Resumo

Nesta unidade, estudamos a autonomia. Para isto, abordamos, entre outras perspectivas, a Bioética Principlalista e a Equidade em saúde como discussão das condições de possibilidade do exercício da autonomia. Discorremos acerca da concepção de princípios e explicitamos os princípios da beneficência, da não maleficência, da justiça e da autonomia.

Após evidenciarmos modos de desenvolver o respeito à pessoa com DCNT, enfatizamos a discussão da equidade como direito do cidadão à saúde, o que reforça o binômio justiça/liberdade. Focalizamos a discussão na realidade brasileira e refletimos acerca das desigualdades em saúde, diferenciando as injustas das que não expressam injustiças.

Detemo-nos em alguns dos direitos garantidos às pessoas usuárias do sistema de saúde com DCNT na perspectiva da equidade, e sinalizamos que o direito número um é o acesso à informação às pessoas usuárias do sistema de saúde de seus direitos como cidadão.

9.6 Fechamento

Aqui apresentamos os princípios bioéticos e sua articulação com a equidade. Neste sentido, queremos reforçar com vocês a importância de problematizarmos as práticas usuais e de apresentarmos propostas alternativas toda vez que as práticas se mostrarem inadequadas. Lembre-se, para que aconteçam mudanças em relação aos direitos do usuário do sistema de saúde, é imprescindível que, a partir da problematização do respeito ou não a esses direitos, se mobilize um processo que conduza tanto o enfermeiro quanto o usuário ao alcance de maior conscientização.

Encerramento do módulo

Prezados/as alunos/as chegamos ao final de mais um módulo. Como já indicado na apresentação, tratamos aqui de uma especialidade abrangente e complexa. Neste caso, optamos por esmiuçar alguns aspectos e por indicar para estudos concomitantes ou posteriores outros aspectos.

Iniciamos nossa discussão demonstrando a importância de compreendermos os conceitos de acolhimento, vínculo e responsabilização do enfermeiro na atenção à pessoa com hipertensão arterial e diabetes *Mellitus*. Após, focalizamos a atuação interdisciplinar, abordando e contextualizando o conceito da interdisciplinaridade na atenção à saúde.

No transcorrer do presente módulo, buscamos sempre reforçar a inserção da família e a influência dos aspectos culturais e os psicossociais do viver com hipertensão arterial e diabetes *mellitus*.

Buscamos, também, neste módulo, abordar os fatores de risco específicos e as medidas de detecção precoce para a HAS e o DM. Na mesma direção, mostramos o que temos de atualizações quando o assunto é protocolo para a prevenção e tratamento nos diferentes níveis de atenção à saúde. Mais do que isso, evidenciamos a importância do autocuidado relacionado à HAS e ao DM no que se refere à prevenção e detecção precoce, bem como durante o tratamento.

Neste ínterim, chegamos às modalidades terapêuticas e aos cuidados de enfermagem. Finalizamos com a temática da sistematização da assistência de enfermagem como uma ferramenta para o cuidado ao usuário com HAS e DM. Para isso, consideramos ao longo do módulo a complexidade do atendimento, que exige do enfermeiro responsabilidades, competências e conhecimentos técnicos científicos, além de habilidades no relacionamento interpessoal.

Referências

- ALFARO-LEFREVE, R. **Aplicação do processo de enfermagem**: uma ferramenta para o pensamento crítico. 7. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2010. 306 p.
- ALVES, H.; BOOG, M. C. Representações sobre o consumo de frutas, verduras e legumes entre fruticultores de zona rural. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 21, n. 6, p. 705 - 715, nov./dez. 2008.
- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION (ADA). Standard of medical care in diabetes – 2011 (Position Statement). **Diabetes Care**, Alexandria, v. 34, p. 62-69, 2011.
- _____. Nutrition recommendations and interventions for diabetes. **Diabetes Care**, v. 31, p. 61-78, 2008.
- _____. Standards of Medical Care in Diabetes -2010. **Diabetes Care**, v. 33, Sup. 1, jan. 2010.
- ARAÚJO, T. L. et al. Reflexo da hipertensão arterial no sistema familiar. **Revista da Sociedade de Cardiologia do estado de São Paulo**, São Paulo, v. 8, n. 2, p. 1-6, 1998.
- ARMOUR, T. A. The effectiveness of family interventions in people with diabetes mellitus: a systematic review. **Diabete Med.**, v. 22, n. 10, p. 1464-591, 2005.
- AYENDEZ, M. S. El apoyo social informal. In: ANZOLA-PERÉZ, E. et al. (Org.). **La Atención de los Ancianos**: un desafío para los años noventa. Washington: OPS, 1994. p.360-368.
- BARROS, A. L. B. et al. **Anamnese e Exame Físico**: avaliação diagnóstica no adulto. Porto Alegre: Artmed, 2002.
- BEAUCHAMP, T. L.; CHILDRESS, J. F. **Princípios de ética biomédica**. São Paulo: Loyola; 2002.
- BECKER, S. G. et al. Dialogando sobre o processo saúde/doença com a Antropologia: entrevista com Esther Jean Langdon. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 62, n. 2, 2009.
- BODDANA, P. et al. UK Renal Registry 11th Annual Report (December 2008): Chapter 14 UK Renal Registry and international comparisons. **Nephron Clin. Pract.**, v. 111, Suppl.1, p. 269-276, 2009.

BOUSSO, R. S. et al. . Crenças religiosas, doença e morte: perspectiva da família na experiência de doença. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 45, n. 2, 2011.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Vigilância em Saúde**. Brasília: CONASS, 2011. 291 p.

_____. Lei n. 11.347, de 27 de setembro de 2006. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos e materiais necessários à sua aplicação e à monitorização da glicemia capilar aos portadores de diabetes inscritos em programas de educação para diabéticos. **Diário Oficial da União**, Brasília, 28 set. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: diabetes mellitus. Brasília: MS, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada e compartilhada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Clínica ampliada, equipe de referência e projeto terapêutico singular**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

_____. Ministério da saúde. Comissão nacional sobre determinantes sociais da saúde. **As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008c.

_____. Ministério da Saúde. **Decreto** n. 6.117, de 22 de maio de 2007. Aprova a Política Nacional sobre o Alcool, dispõe sobre as medidas para redução do uso indevido de álcool e sua associação com a violência e criminalidade. **Diário Oficial da União**. Brasília, 23 maio 2007. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6117.htm>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diabetes Mellitus**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diabetes_mellitus.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Ministério da Saúde: Brasília, 2008d. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/mp3/diretrizes_recomendacoes_dcnt.pdf>. Acesso em: 6 nov. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Diretrizes e recomendações para o cuidado integral de doenças crônicas não-transmissíveis**: promoção da saúde, vigilância, prevenção e assistência. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 72p.

_____. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica para o Sistema Único de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d. Disponível em <http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/cad_AB_hipertensao.pdf>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Humaniza SUS**: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS. 4. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. **Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus**. Brasil: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Política Nacional de Humanização (PNH). **Cartilha da PNH**: GTH. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/grupo_trabalho.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2012

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 7 de abril de 2011. Institui o Programa Academia da Saúde no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Rastreamento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. **Vigitel Brasil 2006–2009**. Disponível em <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/profissional/visualizar_texto.cfm?idtxt=30864&janela=1>. Acesso em: 22 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica**: prevenção clínica de doença cardiovascular, cerebrovascular e renal crônica do ministério da saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer - INCA. **Abordagem e Tratamento do Fumante**: consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. 38p.

_____. Ministério do Planejamento. **Pesquisa de Orçamentos Familiares 2008 –2009**: antropometria e Estado Nutricional de Crianças, Adolescentes e Adultos no Brasil. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

BRAUN, C. A.; ANDERSON, C. M. **Fisiopatologia**: alterações funcionais na saúde humana. Porto Alegre: Artmed, 2009. 544 p.

BREHMER, L. C. F.; VERDI, M. Acolhimento na Atenção Básica: reflexões éticas sobre a Atenção à Saúde dos usuários. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 15, Supl. 3, p. 3569-3578, 2010.

BRUM, P. C. et al. Adaptações agudas e crônicas do exercício físico no sistema cardiovascular. **Rev. Paul. Educ. Fís.**, São Paulo, v. 18, p. 21-31, 2004.

BUB, M. B. C. Ética e prática profissional em saúde. **Texto Contexto Enferm.**, v. 14, n. 1, p. 65-74, 2005.

CARLINI, E. A.; GALDUROZ, J. C.; NOTO, A. R. **Levantamento domiciliar sobre uso de drogas psicotrópicas no Brasil - 2005**, Brasília, 2005. Disponível em <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/conteudo/index.php?id_conteudo=11325&rastrro=PESQUISAS+E+ESTAT%C3%8DSTICAS%2Festat%C3%ADsticas/Popula%C3%A7%C3%A3o+geral+brasileira#II_lev_dom>. Acesso em: 22 jul. 2012.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Decreto nº 94.406**. Regulamenta a lei nº 7498, de 1986, que dispõe sobre o exercício da enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro: COFEN, 2009.

_____. **Resolução nº 358**, de 27 de agosto de 2002. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a Implementação do Processo de Enfermagem em Ambientes públicos ou privados em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem e dá outras providências. Rio de Janeiro: COFEN; 2009a.

COHEN, C. Como ensinar a bioética. **O mundo da saúde**, v. 29, n. 3, p. 438-443, jul./set. 2005.

CONDE, W. L.; MONTEIRO, C. A. Secular changes of overweight among Brazilian adolescents from 1974/5 to 2002/3. In: O'DEA, J. A.; ERICKSEN, M. **Childhood obesity prevention**. Oxford: Oxford University Press, 2010.

DIABETES CONTROL AND COMPLICATIONS TRIAL RESEARCH GROUP (DCCT). The relationship of glycemic exposure (HbA1c) to the risk of development and progression of retinopathy in the diabetes control and complications trial. **New England Journal of Medicine**, Boston, v. 44, p. 968-983, 1995.

ESCARIÃO, P. H. et al. Epidemiology and regional differences of diabetic retinopathy in Pernambuco, Brazil. **Arq. Bras. Oftalmol.** v. 71, n. 2, p. 172-5, 2008.

ESPÍRITO SANTO. Secretaria de Saúde. **Anexo6: Linhas-Guia e Manuais**. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0279.pdf>>. Acesso em: 28 nov. 2012.

FISHER, L. et al. The family and disease management in Hispanic and European-American patients with type 2 diabetes. **Diabetes Care**, v. 23, n. 3, p. 267-72, 2000.

FRANCO, T. B.; BUENO, W. S.; MERHY, E. E. O acolhimento e os processos de trabalho em saúde: Betim. Minas Gerais, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 2, n. 15, p. 345-53, 1999.

FRANZ, J. M. Exercise and Diabetes. In: HAIRE-JOSHU, D. **Management of Diabetes Mellitus: Perspectives of Care Across the Life Span**. 2. ed. St. Louis: Mosby, 1996.

FRANZ, M. J. et al. Evidence-based nutrition principles and recommendations for the treatment and prevention of diabetes and related complications. **Diabetes Care**, v. 25, p. 148-98, 2002.

_____. Effectiveness of medical nutrition therapy provided by dietitians in the management of non-insulin-dependent diabetes mellitus: a randomized controlled clinical trial. **J Am Diet Assoc**, v. 95, n. 95, p. 1009-1017, set. 1995.

FREITAS, M. C. Promover a vida apesar da doença: a experiência do adoecer crônico. In: GUALDA, D. M.; BERGAMASCO, R. B. (Org.). **Enfermagem, cultura e o processo saúde-doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

FROST, C. D., LAW, M. R., WALD, N. J. Analysis of observational data within populations. **British Medical Journal**, v. 302, p. 815-818, 1991.

GALDUROZ, J. C.; CARLINI, E. A. Use of alcohol among the inhabitants of the 107 largest cities in Brazil-2001. **Braz. J. Med. Biol. Res.**, v. 40, p. 367-75, 2007.

GOLDFINE, A. B.; GOLDFINE, H. L. Cardiovascular disease in the diabetic patient. **Circulation**, v. 107, p. 14-16, 2003.

GOMES-VILLAS BOAS, L. C. et al . Relação entre apoio social, adesão aos tratamentos e controle metabólico de pessoas com diabetes mellitus. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, fev. 2012 .

GROSS, J. L. et al. Diabetic nephropathy: diagnosis, prevention and treatment. **Diabetes Care**, v. 28, p. 164-176, 2005.

GROSSI, S. A. A.; SECOLI, S. R. Terapia Farmacológica oral em pacientes com diabetes mellitus Tipo 2: fundamentos para enfermagem. **Diabetes Clínica**, v. 7, n. 3, p. 189-195, 2003.

GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. Processo Saúde-Doença: evolução de um conceito. P. In: GUALDA, D. M. R.; BERGAMASCO, R. B. **Enfermagem, cultura e o processo saúde doença**. São Paulo: Ícone, 2004.

HE, F. J.; MACGREGOR, G. A. How far should salt intake be reduced? **Hypertension**, v. 42, p. 1093, 2003.

HOFFMANN, A. C. O. S. et al. A teoria do desenvolvimento da família: buscando a convergência entre a teoria e a prática no cotidiano dos profissionais de saúde. **Fam. Saúde Desenv.**, Curitiba, v. 7, n. 1, p. 75-88, 2005.

HOLANDA, A. B. **Novo dicionário da língua portuguesa**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira, 1975.

IBGE. **Pesquisa nacional por amostra de domicílios (PNAD 2008), um panorama da Saúde no Brasil**: acesso e utilização dos serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde. Rio de Janeiro: IBGE, 2010.

JAPIASSU, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976, 221p.

JAPIASSU, H.; MARCONDES, D. **Dicionário básico de filosofia**. 3. ed. Rio de Janeiro: Jorge Zahar 1996.

KAYMAN, S. Applying theory from social psychology and cognitive behavioral psychology to dietary behavior change and assessment. **Journal of the American Dietetic Association**, v. 89, n. 2, p. 191-193, fev. 1989.

KARTER A. J.; ACKERSON L. M. Self-monitoring of blood glucose levels and glycemic control: the northern California Kaiser Permanente Diabetes registry. **American Journal of Medicine** v. 111, n. 1, p. 1-9, jul. 2001.

KEMMER, F. W.; BERGER, M. Exercise. In: ALBERTI, K. G. M. M. et al. **International Textbook of Diabetes mellitus**. Ed. **Wiley**, v. 1, p. 725-43, 1992.

KITABCHI, A. E. et al. Thirty years of personal experience in hyperglycemic crises: diabetic ketoacidosis and hyperglycemic hyperosmolar state. **J. Clin. Endocrinol. Metab.**, v. 93, n. 5, p. 1541-1552, 2008.

KLEIN, S. et al. Weight management through lifestyle modification for the prevention and management of type 2 diabetes: rationale and strategies. **Diabetes Care**, v. 27, n. 8, p. 2067-2073, 2004.

LARANJEIRA, R. et al. Alcohol use patterns among Brazilian adults. **Rev. Bras. Psiquiatr.**, v. 32, p. 231-241, 2010.

LAW, M. R.; FROST, C. D.; WALD, N. J. By how much does dietary salt reduction lower blood pressure?, **BMJ**, v. 302, n. 6780, p. 811-815, 1991.

LEININGER, M. A relevant nursing theory: transcultural care diversity and universality. In: SIMPÓSIO BRASILEIRO DE TEORIAS DE ENFERMAGEM, 1., 1985, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1985, p. 232-276.

MACHADO, L. R. C.; CAR, M. Dialética do modo de vida de portadores de hipertensão arterial: o objetivo e subjetivo. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 41, n. 4, 2007.

MALTA, D. C.; MERHY, E. E. O percurso da linha do cuidado sob a perspectiva das doenças crônicas não transmissíveis. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 14, n. 34, p. 593-605, jul./set. 2010.

MAZONI, S. R.; RODRIGUES, C. C.; SANTOS, D. S. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem e a contribuição brasileira. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília v. 63, n. 2, 2010. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672010000200018>>. Acesso em: 22 jul. 2012.

MEIRELLES, B. H. S. **Viver saudável em tempos de Aids**: a complexidade e a interdisciplinaridade no contexto da prevenção da infecção pelo HIV. 2003. 310f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2003.

MEIRELLES, B. H. S.; ERDMANN, A. L. A Interdisciplinaridade como construção do conhecimento em saúde e enfermagem. **Texto e Contexto**. v. 14, n. 3, p. 411-418, jul./set. 2005.

MELLO, M. T.; et al., O exercício físico e os aspectos psicobiológicos. **Rev. Bras. Med. Esporte**, v. 11, n. 3, p. 203-207, 2005.

MENASCHE, R.; MARQUES, F. C.; ZANETTI, C. Autoconsumo e segurança alimentar: a agricultura familiar a partir dos saberes e práticas da alimentação. **Revista Nutrição**, Campinas, p. 145-158, 2008.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: OPS, 2012. 512 p.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde: os serviços de porta aberta para a saúde e o modelo técnico assistencial em defesa da vida. In: CECÍLIO, L. C. (Org.). **Inventando a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994.

MODESTO, A. P. A teoria cultural do cuidado e o idoso renal crônico. **Cadernos da Escola de Saúde Enfermagem**, v. 1, p. 1 - 12, 2008.

MOREIRA, G. C.; CIPULLO, J. P.; MARTIN, J. F. Evaluation of the awareness, control and cost-effectiveness of hypertension treatment in a Brazilian city: populational study. **J Hypertens**, v. 27, p. 1900-1907, 2009.

NANDA. **Diagnósticos de enfermagem**: definições e classificação 2009-2011. Tradução Regina Machado Garcêz. Porto Alegre: Artmed, 2010. 456 p.

NEVES, R. S.; SHIMIZU, H. E. Análise da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem em uma unidade de reabilitação. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 63, n. 2, p. 222-229, 2010.

NOGUEIRA, A. C. F.; MAINBOURG, E. M. T. A comunidade do Pau Rosa/ Amazonas e a relação entre natureza, cultura e o processo saúde/doença. **Saúde Soc.**, São Paulo, v. 19, n. 1, 2010.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Linhas de cuidado**: hipertensão arterial e diabetes. Brasília: OPS, 2010. 232 p.

PAIM, J. S. Atenção à saúde no Brasil. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde no Brasil**: contribuição para a agenda de prioridades de pesquisa. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. p.14-40.

PEREIRA, M. R.; COUTINHO, M. S.; FREITAS, P. F. Prevalence, awareness, treatment, and control of hypertension in the adult urban population of Tubarao, Santa Catarina, Brazil, 2003. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, p. 2363–2374, 2007.

PÉRES, D. S.; FRANCO, L. J.; SANTOS, M. A. Comportamento alimentar em mulheres portadoras de diabetes tipo II. **Revista Saúde Pública**, v. 40, n. 2, p. 310 - 317, 2006.

PIERIN, A. M. G. et al. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 16, n. 1, p. 1389-1400, 2011.

_____. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.16, suppl.1, p. 1389-1400, 2012.

_____. Controle da hipertensão arterial e fatores associados na atenção primária em Unidades Básicas de Saúde localizadas na Região Oeste da cidade de São Paulo. **Ciênc. saúde coletiva** . v. 16, supl.1, p. 1389- 1400, 2011.: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000700074&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25 jun. 2012.

PIMAZONI NETTO, A. **Trabalhando com grupos de Diabetes**. São Paulo, 2009. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br/colonistas-da-sbd/debates/281>>. Acesso em 22 jun.2012

PINHEIRO, P. M.; OLIVEIRA, L. C. The contribution of receptivity and bonding towards humanization of dental surgeons' practice within the Family Health Program. **Interface- Comunic., Saúde, Educ.**, v. 15, n. 36, p. 187-98, jan./mar. 2011.

PRAXEDES, J. N. et al. Encontro Multicêntrico sobre Crises Hipertensivas. Relatório e Recomendações. **Hipertensão**, v. 4, n. 1, 2001.

RAWLS, J. **Justiça como equidade**: uma reformulação. Tradução Cláudia Berliner. São Paulo: Martins Fontes, 2003.

RIBEIRÃO PRETO. Secretaria municipal da saúde. **Protocolo de Atendimento em Hipertensão e Diabetes**. Ribeirão Preto, 2011. Disponível em: <<http://www.ribeiraopreto.sp.gov.br/ssaude/programas/cronico/prot-hipertensao.pdf>>. Acesso em: 22 jul. 2012.

SANTOS, E. C. B. et al. Políticas públicas e direitos dos usuários do Sistema Único de Saúde com diabetes mellitus. **Revista Bras. Enfermagem**, v. 64, n. 5, p. 952-957, set./out. 2011.

SANTOS, I. M. V.; SANTOS, A. M.. Acolhimento no Programa Saúde da Família: revisão das abordagens em periódicos brasileiros. **Rev. Salud Pública**, Bogotá, v. 13, n. 4, ago. 2011.

SANTOS, Z. M. S. A.; FROTA, M. A.; CRUZ, D. M.; HOLANDA S. D. O. Adesão do cliente hipertenso ao tratamento: análise com abordagem interdisciplinar. **Texto Contexto Enferm**, v. 14, n. 3, p. 332-40, 2005.

SBD (Sociedade Brasileira de Diabetes). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes**. São Paulo: [s.n.], 2011a.

_____. **Posicionamentos oficiais SBD**: algoritmo para o tratamento do diabetes tipo 2. São Paulo: [s.n.] 2011b.

_____. **Atualização brasileira sobre diabetes**. Rio de Janeiro: Diagraphic, 2005.

_____. **Diretrizes da sociedade brasileira de diabetes 2009**. São Paulo: Araújo Silva Farmacêutica, 2009.

SCHAFER, L. C.; MCCAUL, K. D.; GLASGOW, R. E. Supportive and non-supportive, family behaviors: relationships to adherence and metabolic control in persons with type I diabetes. **Diabetes Care, Alexandria**, v. 9, n. 2, p. 179-185, mar./apr.1986.

SCHMIDT, M. I. et al. Doenças crônicas não transmissíveis no Brasil: carga e desafios atuais. **The Lancet**, Porto Alegre, 2011. Disponível em: <<http://download.thelancet.com/flatcontentassets/pdfs/brazil/brazilpor4.pdf>>. Acesso em: 22 jun. 2012.

SCHNEIDER, Dulcinéia Ghizoni. **Discursos profissionais e deliberação moral**: análise a partir de processos éticos de enfermagem. 171 f. Tese (Doutorado) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

SILVA JUNIOR, A. G.; MASCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). **Cuidado**: as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: ABRASCO: São Paulo: Hucitec, 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CARDIOLOGIA; SOCIEDADE BRASILEIRA DE HIPERTENSÃO; SOCIEDADE BRASILEIRA DE NEFROLOGIA. VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão. **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 95, n. 1, p. 1-51, 2010.

_____. V Diretrizes de Monitoração Ambulatorial Da Pressão Arterial (MAPA) e III Diretrizes de Monitoração Residencial da Pressão Arterial (MRPA). **Arq. Bras. Cardiol.**, v. 97, n. 3, supl.3, p. 1-2, 2011.

SOUZA, E. C. F.; VILAR, R. L. A.; ROCHA, N. S. P. D. Acesso e acolhimento na atenção básica: uma análise da percepção dos usuários e profissionais. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 24, Sup. 1, p. 100-110, 2008.

TAKEMOTO, M. L. S.; SILVA, E. M. Acolhimento e transformações no processo de trabalho de enfermagem em unidades básicas de saúde de Campinas, São Paulo, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 331-340, 2007.

TAVARES, C. M. A.; MATOS, E.; GONCALVES, L. Grupo multiprofissional de atendimento ao diabético: uma perspectiva de atenção interdisciplinar à saúde. **Texto contexto - Enferm.**, Florianópolis, v. 14, n. 2, jun. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072005000200008&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 22 jun. 2012.

TOLEDO, M. M.; RODRIGUES, S. C.; CHIESA, A. M. Educação em saúde no enfrentamento da hipertensão arterial: uma nova ótica para um velho problema. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 16, n. 2, p. 233-8. abr./jun. 2007.

TORRES, H. C. et al. Interdisciplinaridade na educação em diabetes: percepção dos graduandos de enfermagem e nutrição. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 3, p. 351-6, jul./set. 2008.

UNITED KINGDOM PROSPECTIVE DIABETES STUDY (UKPDS). Group Intensive blood-glucose control with sulphonylureas or insulin compared with conventional treatment and risk of complications in patients with type 2 diabetes: UKPDS 33. **Lancet**, v. 352, p. 837-53, 1998a.

VIACAVA, F. Acesso e uso de serviços de saúde pelos brasileiros. **Radis**, v. 96, p. 12-9, 2010.

WEBSTER, J. et al. **Salt reduction initiatives around the world**. 2010. No prelo.

XAVIER, A. T. F.; BITTAR, D. B.; ATAÍDE, M. B. C. Crenças no autocuidado em diabetes: implicações para a prática. **Texto Contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 1, n. 18, p. 124-30, jan./mar. 2009.

WHO (World Health Organization). **Global strategy on diet, physical activity and health**. Geneva: WHO, 2004.

ZANETTI, M. L. et al. O cuidado à pessoa diabética e as repercussões na família. **Rev. Bras. Enferm.**, v. 61, n. 2, p. 186-192, 2008.

ZOBOLI, E. L. C. P.; SARTÓRIO, N. A. Bioética e enfermagem: uma interface no cuidado. **O Mundo da Saúde**. v. 30, n. 3, p. 382-97, jul./set., 2006.

Minicurrículo das autoras

Ana Maria de Almeida

Professor Associado. Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Pesquisador 2 do CNPq, Vice-Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (GPEMS), cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9615263183487191>>.

Betina Horner Schindwein Meirelles

Doutora em Filosofia da Saúde e Enfermagem. Professora do Curso de Graduação e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora 2 do CNPq. Vice-Líder do Grupo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON). Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/6614412040992259>>.

Denise Maria Guerreiro Vieira da Silva

Professor Associado do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Pesquisadora do CNPq, Líder do grupo de pesquisa Núcleo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica (NUCRON) cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/3119871825560752>>.

Flavia Fernanda Luchetti Rodrigues

Doutoranda e Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem Fundamental da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9685826892810606>>.

Leila Maria Marchi Alves

Professor Doutor. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP-USP. Vice-líder do Grupo de Pesquisa Oficina de Projetos em Esfigmomanometria (OPE), cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/2851641325583993>>.

Mara Ambrosina de Oliveira Vargas

Professor Adjunto do Departamento de Enfermagem e Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Membro Grupo de Pesquisa Práxis - Núcleo de Estudos sobre Trabalho, Cidadania, Saúde e Enfermagem. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9247403670441395>>.

Maria Lucia Zanetti

Professor Associado. Departamento de Enfermagem Geral e Especializada da EERP - USP. Pesquisador 1D do CNPq, Líder do Grupo de Pesquisa Enfermagem e Diabetes Mellitus, cadastrado no Diretório do CNPq. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/0831377626806159>>.

Samara Eliane Rabelo Suplici

Mestre em Assistência de Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Estácio de Sá. Membro do Grupo de Estudos e Assistência em Enfermagem e Saúde a Pessoas em Condição Crônica - NUCRON. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5339010378820760>>.

Simone Mara de Araujo Ferreira

Mestre em Ciências pelo Programa de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/4357731492951589>>.



Ministério da
Saúde

