

Ciência Atual

Revista Científica
Multidisciplinar das
Faculdades São José

2014

Volume 4 | Nº2



FACULDADES
SÃO JOSÉ

ISSN 2317-1499

Jacira Florencia de Paula de Moura

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UERJ. Enfermeira do programa de atenção à saúde do homem - UERJ/MS.

Luciane Alves Vercillo

Enfermeira Mestre em Educação - UNESA. Coordenadora do Serviço de Educação Permanente do Centro de Unidades Médicas Integradas Saúde Santa Terezinha-RJ

Iza Cristina dos Santos

Enfermeira Mestre em Enfermagem - UNIRIO. Coordenadora de enfermagem do serviço de educação permanente do Instituto Nacional de Cardiologia

Tereza Cristina Felipe Guimarães

Doutora em Enfermagem - UFRJ. Coordenadora de Enfermagem do Serviço de Insuficiência Cardíaca e Transplante Cardíaco do Instituto Nacional de Cardiologia.

RESUMO

Consiste na identificação dos fatores que incidem na saúde desta comunidade; pois cuidar da saúde da população e, em particular de uma pequena comunidade, é uma função de prevenção e promoção da saúde. Pois assumir a responsabilidade de cuidar da saúde coletiva é compreender todo o espaço que aquele ser humano vive, trabalha e se relaciona com os outros membros desta comunidade. O objeto do estudo são as ações básicas de saúde realizada pelo enfermeiro com a participação da comunidade neste processo de educação para saúde. Cabe refletir sobre as práticas de saúde empregadas no atendimento das necessidades básicas de uma comunidade, bem como a aplicação prática dos programas de saúde como: hipertensão, diabetes e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Objetivos do estudo desta pesquisa são: identificar a população que participa das ações básicas na comunidade, detectar qual a ação básica realizada pelos enfermeiros de maior incidência na comunidade, analisar o motivo da maior incidência de determinada ação básica na comunidade. Pesquisa descritiva, participante de abordagem quantitativa, onde o cenário foi na associação de moradores de Del Castilho, bairro proletário do subúrbio do Rio de Janeiro. Público alvo: são os moradores residentes nos conjuntos habitacionais no bairro de Del Castilho, foram coletados dados referentes aos participantes do evento para determinar as ações de saúde de maior incidência para traçar uma proposta de ação de saúde baseada nas necessidades afetadas da clientela. As Ações Básicas de saúde na comunidade foram realizadas nos dias 04 de junho de 2005 e 07 de setembro de 2005, com o apoio da Associação de Moradores e Amigos de Del Castilho (AMA). Tais eventos sociais consistem na disponibilização de serviço de educação e promoção da saúde, tais como: palestras e distribuição de material informativo, serviços de verificação de glicemia, pressão arterial, identificação de grupo sanguíneo. Após a realização dos eventos segue-se análise conjugada das informações obtidas nos dois eventos realizados. A maioria expressiva dos participantes dos dois eventos pertence ao gênero feminino. Na comunidade de Del Castilho a hipertensão arterial é um fator preponderante 41% no 1.º evento realizado e 45% no 2.º evento. Em relação ao peso e altura dos participantes foi evidenciado que uma parcela considerável dos moradores 61% do 1.º evento e 54% do 2.º evento estão acima do peso, fato constatado quando os acadêmicos de enfermagem realizaram o cálculo do índice de massa corpórea. Com relação a variação glicêmica

dos participantes do 2.º evento, verificou-se que 46% apresentaram hiperglicemia, fato que comprova ser a diabetes uma das doenças provocadas pela industrialização, pelo sedentarismo, estresse, alimentação inadequada dentre outros fatores que a colocam como um das doenças crônicas degenerativas mais agravantes. Esta pesquisa aponta para a necessidade do profissional de saúde e em particular do enfermeiro, das autoridades de saúde de repensarem a interação profissional / usuário nos moldes que vem acontecendo atualmente e para a necessidade de mudanças no modo de pensar e agir em relação ao cliente, um ser humano holístico com seu modo de viver e de pensar querendo ser ouvido e, aguardando alguém para escutá-lo com ele.

Palavras Chave: saúde coletiva, enfermagem e comunidade.

ABSTRACT

It consists in identifying the factors that influence the health of this community; for caring for the health of the population and in particular of a small community, is a function of prevention and health promotion . Therefore assume the responsibility of taking care of public health is to understand all the space that humans live, work and relate to other members of this community . The object of the study are the basic health held by nurses with community participation in this process of health education . It is worth reflecting on health practices employed in meeting the basic needs of a community as well as the practical implementation of health programs such as hypertension, diabetes and prevention of sexually transmitted diseases , established by the Ministry of Health Objectives of this research are : identify the population participating in the community of basic actions , which detect the basic action performed by nurses with the highest incidence in the community , analyze the reason for the higher incidence of certain basic action in the community . Descriptive research participant quantitative approach, where the scenery was the association of residents of Del Castilho, proletarian neighborhood suburb of Rio de Janeiro. Target audience: residents are living in housing estates in the Del Castilho neighborhood data were collected to event participants to determine health actions for greater incidence draw a proposal for health action based on the needs of customers affected. The Basic Steps of health in the community were held on June 4, 2005 and September 7, 2005, with the support of the Association of Residents and Friends of Del Castilho (AMA) . Such social events consist of the provision of education and health promotion services such as lectures and distribution of informational materials, verification services glucose , blood pressure , blood group identification . After completion of the events follows combined analysis of the information obtained in the two events held. A significant majority of participants in both events belong to the female gender. In Del Castilho community hypertension is a major factor in 41 % 1 . Event held ° and 45 % in 2 . ° event. Regarding weight and height of participants was evident that a considerable number of residents 61 % of 1 . ° event and 54% of 2 . ° event are overweight , a fact confirmed when the nursing students performed the calculation of body mass index body .. With respect to glycemic variations of participants 2 . ° event, it was found that 46 % had hyperglycemia , a fact that proves to be one of the diabetes disease caused by industrialization , by sedentary lifestyle , stress , improper diet and other factors that place as one of the most aggravating chronic degenerative diseases . This research points to the need for health professionals and nurses in particular , the health authorities to rethink professional interaction / user in a way that is currently happening and the need to change the way of thinking and acting in relation to the client , a holistic human being with their way of living and thinking and wanting to be heard , waiting for someone to listen to him with it.

Keywords: public health, nursing and community

INTRODUÇÃO

O presente estudo consiste na participação do Graduando de Enfermagem nas Ações Básicas de saúde em sua comunidade. Sua preocupação foi identificar os fatores que incidem na saúde desta comunidade. Pois cuidar da saúde da população e em particular de uma pequena comunidade, é uma função de prevenção e promoção da saúde. "Segundo GUATTARI (1991) tratar os problemas de saúde no coletivo significa ver o homem em três (3) diferentes ecologias: na ecologia dele mesmo, dele com o outro, dele com a natureza. Pois assumir a responsabilidade de cuidar da saúde coletiva é compreender todo o espaço que aquele ser humano vive, trabalha e se relaciona com os outros membros desta comunidade".

A preocupação com a saúde da comunidade estimulou a buscar meios para ajudá-los e conscientizá-los sobre a sua saúde e prevenir a doença. E as ações básicas de saúde divulgadas pelo Ministério da Saúde como prevenção da Hipertensão Arterial e Diabetes, combate às neoplasias, prevenção e controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST), proporcionam um suporte teórico para promover eventos baseados nestes temas. O Ministério da Saúde oferece material para a prevenção destas doenças e, foi através deste material que o pesquisador pode realizar as Ações de Saúde na sua comunidade. Ao percorrer os vários órgãos públicos em busca de material (cartaz, panfletos, cartões, preservativos), para a realização do evento, houve receptividade destes órgãos em fornecer todo suporte para tal evento. E com isso o pesquisador pode realizar o seu intento na promoção de uma ação social de saúde em sua comunidade.

A partir da vivência como graduando de enfermagem, e em contato mais próximo com a comunidade, percebemos que freqüentemente os objetivos propostos nas ações de educação em saúde, tinham uma perspectiva de mudança de comportamento que, na maioria das vezes, não era atingida ou o era parcialmente, apresentando efeitos imediatos e transitórios.

Acreditamos também que na enfermagem, na maioria das vezes, as ações educativas também ocorrem de forma acrítica, fazendo com que o enfermeiro torne-se um repassador de informações, sem ao menos fazer uma reflexão crítica a respeito das políticas oficiais de saúde, vinculadas à realidade local.

O objeto deste estudo são as Ações básicas de saúde realizada pelo enfermeiro com a participação da comunidade neste processo de educação para saúde.

Cabe refletir sobre as práticas de saúde empregadas no atendimento das necessidades básicas de uma comunidade, bem como a aplicação prática dos programas de saúde como: Hipertensão, Diabetes e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, estabelecidos pelo Ministério da Saúde, permitindo tanto o enfermeiro como os graduados de enfermagem que participem ativamente dessas ações básicas de saúde na coletividade. Possibilita a população a adquirir conhecimentos relativos a prevenção e promoção de saúde, diminuindo a probabilidade de internação hospitalar e reduzindo os custos hospitalares, com o diagnóstico precoce e tratamento a nível ambulatorial.

Os objetivos desta pesquisa são:

1. Identificar a população que participa das Ações Básicas na comunidade.
2. Detectar qual a Ação Básica realizado pelos enfermeiros de maior incidência na comunidade.
3. Analisar o motivo da maior incidência de determinada Ação Básica na comunidade.

AÇÕES BÁSICAS DE SAÚDE

ATENÇÃO BÁSICA é um conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, prevenção de agravos, tratamento e reabilitação. Essas ações não se limitam àqueles procedimentos incluídos no Grupo Assistência Básica da tabela do SIA/SUS, quando da implantação do Piso de Atenção Básica. A ampliação desse conceito se torna necessária para avançar na direção de um sistema de saúde centrado na qualidade de vida das pessoas e de seu meio ambiente. (Ministério da Saúde, pág. 4,1998)

Segundo a Portaria 3925/98, a organização da Atenção Básica, tem como base a Lei n.º 8080, tem como fundamento os princípios do SUS, a seguir referidos:

- Saúde como direito - a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício, por meio de políticas econômicas e sociais que visem a redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

- Integralidade da assistência - entendida como um conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigido para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema;

- Universalidade - acesso garantido aos serviços de saúde para toda população, em todos os níveis de assistência, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

- Equidade - igualdade na assistência à saúde, com ações e serviços priorizados em função de situações de risco e condições de vida e saúde de determinados indivíduos e grupos de população;

- Resolutividade - eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, através da assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adstrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de risco aos quais essa população está exposta;

- Intersetorialidade - desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e outros órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos;

- Humanização do atendimento - responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população;

- Participação - democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social, na gestão do sistema.

E somente a partir da Constituição de 1988, que instituiu o Sistema Único de Saúde, várias iniciativas institucionais, legais e comunitárias vêm sendo tomadas para viabilização do novo sistema. Destacam-se, no âmbito jurídico-institucional, as chamadas Leis Orgânicas da Saúde (n.8.080/90 e 8142/90), o Decreto N.º 99.438/90 e as Normas Operacionais Básicas editadas em 1991, 1993 e 1996.

A Norma Operacional Básica - NOB/SUS - 01/96, é fruto de um amplo processo democrático que possibilitou a participação de diferentes segmentos da sociedade - em especial dos gestores das três esferas de governo e do Conselho Nacional de Saúde, é decorrente da experiência obtida com a aplicação da NOB/93, que possibilitou o fortalecimento do SUS ao impulsionar significativamente o processo de descentralização no país.

Dentre as normas destaco o desenvolvimento de ações educativas onde as normas e metas planejadas pode auxiliar o enfermeiro na desenvolver sua assistência na comunidade ao qual está inserido como:

- Desenvolvimento de ações educativas que possam interferir no processo de saúde/ doença da população e ampliar o controle social na defesa da qualidade de vida.
- Divulgação de informações e orientações sobre a maneira de evitar o aparecimento de doenças ou de suas sequelas, através da mídia e ou de eventos, palestras, etc.
- Divulgação de informações e orientações educativas para pais e/ou responsáveis sobre a prevenção de acidentes por agravos externos e violências, prioritariamente na infância e adolescência.
- Divulgação de informações e orientações educativas para prevenção da gravidez na adolescência, DST/AIDS, uso de drogas, prevenção de câncer de colo uterino e mama.

- Divulgação de informações e orientações educativas direcionadas para empregadores e trabalhadores visando a redução da morbi-mortalidade por acidentes e doenças do trabalho.
- Divulgação de informações e orientações educativas em saúde bucal
- Desenvolvimento de atividades de comunicação e educação em vigilância sanitária, visando maior participação da sociedade na defesa e melhoria da qualidade de vida e o controle social
- Desenvolvimento de parceria com a sociedade no controle da qualidade do meio ambiente.
- Conscientização e mobilização da comunidade para o exercício de seu papel como colaboradora nas ações de melhoria da saúde .
- Redução da morbi--mortalidade por agravos externos e violência.
- Redução da incidência de gravidez, DST/AIDS e uso de drogas na adolescência e identificação precoce de câncer de colo uterino e mama.
- Redução dos índices de morbi- mortalidade por acidentes e doenças relacionadas ao trabalho.
- Redução da cárie dental de acordo com as orientações da Organização Mundial de Saúde.
- Controle social mais efetivo com relação à defesa da qualidade de vida.
- Efetivação de parcerias com a sociedade e democratização do conhecimento sobre a saúde.
- Desenvolvimento de ações focalizadas sobre os grupos de risco e fatores de risco comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou manutenção de doenças e danos evitáveis.
- Intervenção sobre o ambiente no sentido de evitar o acúmulo de lixo, de águas servidas e de água destampado.
- Controle de populações animais (insetos, ratos e outros roedores, cachorros, etc.) que se caracterizam como vetores ou reservatórios de doenças que acometem o homem.
- Identificação dos grupos de riscos que deverão ser acompanhados diferenciadamente, utilizando o cadastramento da população e outros instrumentos necessários.
- Redução das taxas da morbi - mortalidade.
- Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.
- Investigação de casos de doenças de notificação compulsória e adoção de procedimentos que venham a interromper a cadeia de transmissão.
- Diagnóstico clínico e coleta de material para exames, bem como seu envio a laboratórios de referência.
- Identificação e investigação de comunicantes, com encaminhamento para tratamento de novos casos suspeitos encontrados.
- Execução de bloqueio vacinal ou quimioterápico, quando for o caso .
- Identificação de fatores ambientais, alimentares e outros que possam ter provocado ou contribuído para o aparecimento do agravo investigado e coleta de material para envio a laboratórios.

- Controle das doenças de notificação compulsória.
- Desenvolvimento de ações de controle da qualidade de produtos e serviços, em especial a de alimentos e serviços de saúde.
- Inspeção sanitária em estabelecimentos que lidam com a produção e/ou comercialização de bens e de prestação de serviço de interesse da saúde.
- Coleta de amostras de água para diálise e de produtos sujeitos à Vigilância Sanitária.
- Melhoria dos serviços prestados e produtos oferecidos pelos estabelecimentos sujeitos à vigilância sanitária.
- Diminuição dos erros e falhas na prestação dos serviços e na qualidade dos produtos, pelos estabelecimentos.
- Redução de situações de risco à saúde de indivíduos e grupos populacionais.
- Desenvolvimento de ações de controle da qualidade da água para consumo
- Coleta de amostra da água para consumo humano.
- Parceria com outros órgãos de governo para interferir nos fatores que comprometem a qualidade da água.
- Melhoria da qualidade da água, reduzindo os riscos da utilização da água imprópria para uso.
- Redução da morbi -mortalidade associada à obesidade

BREVE RELATO SOBRE O SURGIMENTO DA AÇÃO COMUNITÁRIA NO RIO DE JANEIRO

A Ação Comunitária do Brasil do Rio de Janeiro é uma organização social sem fins lucrativos reconhecida como de utilidade Pública Federal e Estadual, registrada no Conselho Nacional de Assistência Social e no Conselho Municipal da Criança e Adolescente.

Foi fundada há quase 40 anos por pessoas físicas e jurídicas preocupadas em melhorar a qualidade de vida de segmentos populacionais residentes em favelas e em conjuntos habitacionais populares no Rio de Janeiro. Daí o seu pioneirismo na área de responsabilidade social, no País.

Em determinado momento de sua história, a instituição chegou a atuar simultaneamente, em 64 favelas e 16 conjuntos habitacionais através de atividades de organização comunitária e de iniciação profissional, beneficiando mais de 150.000 (cento e cinquenta mil) pessoas que tiveram oportunidades de desenvolver suas capacidades. A este respeito, são muitos casos de sucesso que tem para contar, cuja memória está disponível para estudiosos e pesquisadores interessados.

A Ação Comunitário do Brasil do Rio de Janeiro, tem como missão promover e defender direitos de cidadania de milhares de brasileiros excluídos social, econômica e culturalmente do desenvolvimento do País, principalmente criança, adolescente, jovens e respectivos familiares responsáveis em situação de vulnerabilidade e/ou risco pessoal e social. Realiza e contribui com atividades sócio-educativas, visando o crescimento desses, o resgate da auto-estima, a conquista da autonomia, apostando na sua capacidade e potencial de desenvolver-se e fazer escolhas conscientes e responsáveis.

A ACB/RJ participa de redes de solidariedade, concebe e estimula a realização de políticas sociais inovadoras, que sejam universalizáveis.

O ENFERMEIRO E O TRABALHO DESENVOLVIDO NA COMUNIDADE

Na década de 20 deste século, os serviços de saúde pública, que tinham como objetivo o controle do ambiente, na proposta de Emílio Ribas e Osvaldo Cruz, passam por uma reformulação ocasionada pelas mudanças das necessidades que a sociedade apresentava e o enfoque volta-se à educação em saúde. Contudo, necessitava-se de pessoal preparado para atuar nas medidas de saúde que vinham sendo tomadas pelo Departamento Nacional de Saúde Pública, principalmente no controle das endemias que se instalavam no país e atingiam grande parte da população. Neste período, o Departamento Nacional de Saúde Pública, juntamente com a Fundação Rockfeller, organizou um serviço de enfermeiras de Saúde Pública, sob a direção de enfermeiras norte-americanas. É criada a Escola de Enfermeiras do Departamento Nacional de Saúde Pública-DNSP, pelo Decreto 15.799, de 10 de novembro de 1922, que em 1926 passou a denominar-se Escola de Enfermeiras Dona Anna Nery, no Rio de Janeiro (COLLET; ROCHA, 1996). O trabalho do profissional da área de saúde nos dias atuais, transcende o próprio ambiente hospitalar. Médicos ou enfermeiros ambos precisam despir-se dos valores pré-estabelecidos e rever esses valores, como os habituais receituários, diagnósticos de sintomas, recomendações, etc.

Para atuar, ou melhor, assumir o desafio, ele deve estar presente, fazendo parte da vivência do paciente, que não quer apenas uma opinião sobre aquela dor física, mas poder ter sua participação ou posição sobre o mal-estar enquanto cidadão diante das dificuldades cotidianas.

O enfermeiro consciente do seu papel irá atuar como suposto, fazendo ressurgir na saúde coletiva, partilhando o reflexo da nossa organização social. Contudo é individual a relação que estabelece com a doença traz à tona um complexo de postura e atitudes com a vida que, muitas vezes nem temos consciência.

3.1. O Enfermeiro no atendimento do cliente diabético

O DM vem aumentando sua importância pela crescente prevalência. Calcula-se que, em 2025, possam existir cerca de 11 milhões de diabéticos no País, o que representa um aumento de mais de 100% em relação aos atuais 5 milhões de diabéticos, no ano 2000. No Brasil, os dados do estudo multicêntrico sobre a prevalência de diabetes (1987/89) demonstraram uma prevalência de 7,6% na população de 30 a 69 anos. Estudo recente, realizado em Ribeirão Preto (SP), demonstrou uma prevalência de 12% de diabetes nessa população (Ministério da Saúde, 2002, pág. 10).

O Diabetes mellitus - DM é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade de a insulina exercer adequadamente seus efeitos. Caracteriza-se por hiperglicemia crônica com distúrbios do metabolismo dos carboidratos, lipídeos e proteínas. As consequências do DM, a longo prazo, incluem disfunção e falência de vários órgãos, especialmente rins, olhos, nervos, coração e vasos sanguíneos (Ministério da Saúde, 2002, pág. 10)

Através de relato de vários autores (BRUNNER & SUDARTH, NETTINA, MINISTÉRIO DA SAÚDE et alli) o rastreamento do DM consiste na detecção dos sinais e sintomas com: poliúria, nictúria, polidipsia, boca seca, polifagia, emagrecimento rápido, fraqueza, astenia, letargia, prurido vulvar ou balanopostite, diminuição brusca da acuidade visual, achado de hiperglicemia ou glicosúria em exames de rotina.

Sinais ou sintomas relacionados às complicações do DM: proteinúria, neuropatia periférica, retinopatia, ulcerações crônicas nos pés, doença vascular arterosclerótica, impotência sexual, paralisia oculomotora, infecções urinárias ou cutâneas de repetição, etc.

Segundo O Ministério da Saúde (2002, pág. 25), o diagnóstico de DM pode ser feito diante das seguintes situações: a) sintomas clássicos de DM e valores de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl; b) sintomas clássicos de DM e valores de glicemia realizada em qualquer momento do dia, iguais ou superiores a 200 mg/dl; c) indivíduos assintomáticos, porém com níveis de glicemia de jejum iguais ou superiores a 126 mg/dl, em mais de uma ocasião; d) indivíduos com valores de glicemia de jejum menores que 126 mg/dl e, na segunda hora, após uma sobrecarga com 75 g de glicose via oral, iguais ou superiores a 200 mg/dl.

O enfermeiro deve ter o conhecimento científico sobre a diabetes mellitus e técnico para realizar os exames e uma anamnese no cliente em busca de achados, para detecção precoce da doença e na promoção de educação para saúde para a população dentro das respectivas comunidades aos quais estão inseridas, de maneira que o público compreenda a gravidade desta doença.

Dê preferência informar sobre as conseqüências do DM e HA não tratados ou mal controlados. Reforçar a importância da alimentação como parte do tratamento. Esclarecer sobre credices, mitos, tabus e alternativas populares de tratamento. Desfazer temores, inseguranças e ansiedade do paciente. Enfatizar os benefícios da atividade física. Orientar sobre hábitos saudáveis de vida. Ressaltar os benefícios da automonitoração, insistindo no ensino de técnicas adequadas e possíveis. Ensinar como o paciente e sua família podem prevenir, detectar e tratar as complicações.

Na educação para saúde preconizada com uma estratégia de ação do Programa Atenção básica a saúde ensinar claramente como detectar os sintomas e sinais de complicações crônicas, em particular nos pés. Ressaltar a importância dos fatores de riscos cardiovasculares. Incentivar o paciente a se tornar mais auto-suficiente no seu controle.

3.2. O Enfermeiro no atendimento do cliente hipertenso

Hipertensão arterial (HA), segundo o III Consenso Brasileiro de Hipertensão Arterial definiu hipertensão (HA) do seguinte modo: o limite escolhido para definir HA é o de igual ou maior de 140/90 mmHg, quando encontrado em pelo menos duas aferições, realizadas em momentos diferentes.

Essa nova orientação da OMS chama a atenção para o fato de que não se deve apenas valorizar os níveis de pressão arterial, fazendo se também necessária uma avaliação do risco cardiovascular global. A hipertensão arterial é, portanto, definida como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e uma pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em indivíduos que não estão fazendo uso de medicação anti-hipertensiva. Admite-se como pressão arterial ideal, condição em que o indivíduo apresenta o menor risco cardiovascular, PAS < 120 mmHg e PAD < 80 mmHg. A pressão arterial de um indivíduo adulto que não esteja em uso de medicação anti-hipertensiva e sem co-morbidades associadas é considerada normal quando a PAS é < 130 mmHg e a PAD < 85 mmHg. Níveis de PAS entre 130 e 139 mmHg e/ou de PAD entre 85 e 89 mmHg são considerados limítrofes. (Ministério da Saúde, 2002, pág. 13)

Segundo Meltzer (1990, pág. 6) a Hipertensão arterial é um dos fatores predisponentes da doença cardíaca coronariana (DCC), por acelerar o processo aterosclerótico e por aumentar a demanda miocárdica de oxigênio.

Cabe ao enfermeiro dentro do Programa de HA e DM a seguinte função: 1) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências; 2) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-aderentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades; 3) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais e do diabetes, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades; 4) Encaminhar às unidades de referência secundária e terciária as pessoas que apresentam hipertensão arterial grave e refratária ao tratamento, com lesões importantes em órgãos-alvo, com suspeita de causas secundárias e aqueles que se encontram em estado de urgência e emergência hipertensiva; 5) Encaminhar à unidade de referência secundária, uma vez ao ano, todos os diabéticos, para rastreamento de complicações crônicas, quando da impossibilidade de realizá-lo na unidade básica; 6) Encaminhar à unidade de referência secundária os pacientes diabéticos com dificuldade de controle metabólico; 7) Encaminhar à unidade de referência secundária os casos de diabetes gestacional, gestantes diabéticas e os que necessitam de uma consulta especializada (cardiologia, oftalmologia, etc.);

3.3. O Enfermeiro no atendimento do cliente obeso.

O excesso de peso tem forte relação causal com o aumento da pressão arterial e da resistência insulínica. Uma das formas de avaliação do peso é através do cálculo do índice de massa corporal (IMC), dividindo-se o peso em quilogramas pelo quadrado da altura em metros. Esse indicador deverá estar, na maioria das pessoas, entre 18,5 e 25,0 kg/m². (Ministério da Saúde , 2002,pág 22)

Segundo Meltzer (1990, pág. 7) a obesidade predispõe a adquirir outras doenças crônicas como a hipertensão arterial, diabetes mellitus e níveis altos de colesterol sérico que propiciam a doença coronariana.

O Enfermeiro deve orientar o cliente da seguinte forma referente a orientação alimentar: Esclarecer que a alimentação e nutrição adequadas são direitos humanos universais. Promover a substituição do consumo de alimentos pouco saudáveis para alimentos saudáveis. Não discriminar alimentos, mas propor a redução do consumo dos menos adequados. Esclarecer que alimentação saudável não é alimentação cara. Promover o peso saudável através de mensagens positivas. Evitar a personificação do obeso, já discriminado socialmente. Reduz principalmente a gordura corporal. Através dos exercícios físicos. A atividade física inserida de forma gradual promove a diminuição do estresse – reduz a ansiedade, a fadiga e a depressão.

METODOLOGIA

Consiste em uma pesquisa descritiva, participante de abordagem quantitativa. A Pesquisa Quantitativa é especialmente projetada para gerar medidas precisas e confiáveis que permitam uma análise estatística. Testa uma teoria, os elementos básicos da análise são os números, o raciocínio é lógico e dedutivo.

Para Polit & Hungler (1995, pág. 18–19) a pesquisa quantitativa envolve a coleta sistemática de dados de informações numéricas, com controle da situação estudada e posterior análise estatísticas dos dados coletados. A mesma enfatiza o raciocínio lógico, dedutivo e os atributos mensuráveis da experiência humana.

Já Cervo & Bervian (1983, pág. 55 – 56) descrevem um estudo descritivo estuda os fatos e fenômenos do Mundo físico, em especial do mundo humano sem manipulá-los. Simplesmente descreve os fatos apurados.

Pesquisa participante por permitir uma atividade integrada que combina investigação social, trabalho educacional e ação. Envolve o povo no local de trabalho ou a comunidade no processo da pesquisa. Trata-se de um trabalho com grupos “reais” com as limitações e recursos existentes. (Brandão, 1999, pág. 72–121).

Cenário do estudo foi na associação de moradores de Del Castilho . Del Castilho bairro do subúrbio do Rio de Janeiro, que dista 35 Km do Centro da Capital Fluminense é um bairro proletário, conta com quatro conjuntos habitacionais (conjunto do IAPI de Del Castilho, conjunto do IAPC, conjunto Castro Alves e conjunto IV Centenário) e três comunidades de médio porte (Parque União de Del Castilho, Comunidade da Chácara e Comunidade do Rato Molhado.

Público alvo: são os moradores residentes nos conjuntos habitacionais no bairro de Del Castilho, que se participaram das ações básicas de saúde implementadas por graduandos de enfermagem em colaboração com associação de moradores.

Foram coletados dados referentes aos participantes do evento para determinar as ações de saúde de maior incidência para posterior para traçar uma proposta de ação de saúde baseada nas necessidades afetadas da clientela.

As Ações Básicas de saúde na comunidade de Del Castilho, foram realizadas nos dias 04 de junho de 2005 e 07 de setembro de 2005, com o apoio da Associação de Moradores e Amigos de Del Castilho (AMA) e de uma instituição de ensino superior privada.. Tais eventos sociais consistem na disponibilização de serviço de educação e promoção da saúde, tais como: Palestras e distribuição de material informativo sobre nutrição e planejamento familiar, serviços de verificação de glicemia, pressão arterial, identificação de grupo sanguíneo, etc.

Realizadas à partir de parceria entre a AMA (Associação de Moradores e Amigos de Del Castilho) e a instituição de ensino superior, cada uma das ações mobilizaram alunos e docentes e promoveram diversos atendimentos.

Os pesquisadores adquiriram material (panfletos, folders, cartazes e prospectos) referente a Hipertensão Arterial (HA), Diabetes Mellitus (DM) e sobre Obesidade, contou com o apoio do Corpo de Bombeiros do RJ e da instituição de ensino superior com o empréstimo de barracas e a Associação de Moradores com as cadeiras e mesas para execução do trabalho. Mobilizou graduandos de enfermagem dos mais diversos períodos desde o 4.º até o 8.º período, que participaram ativamente no evento. Vale ressaltar que os alunos foram supervisionados pelo pesquisador e pela orientadora participando ativamente do evento.

Foram montadas três barracas para cada um dos Programas de Atenção Saúde que são Hipertensão arterial, Diabetes e Peso e Altura. Na Barraca da HA foram realizados aferição da pressão arterial e quando detectado anormalidade, na maioria das vezes hipertensão, orientado quando aos fatores predisponentes e os hábitos saudáveis no controle da HA. Na Barraca da DM eram realizados o glicemia capilar e posterior orientação, vale ressaltar que só foram realizados as glicemias nos moradores que se encontravam em jejum. E a terceira barraca eram realizados a mensuração antropométrica e ponderal e cálculo do índice de massa corpórea. O formulário de preenchimento consistia da ficha de identificação adotada pela instituição de ensino superior privada, onde eram registrados em duas vias os dados encontrados nos clientes examinados e posterior encaminhamento se necessário.

Ambos os eventos ocorreram com boa aceitação da clientela que busca esclarecimentos sobre as doenças que mais o acometem.

Segundo o Ministério da Saúde (2004, pág. 85– 87) as normas para pesquisa envolvendo seres humanos de acordo com, a Resolução n.º 466 de 12/12/2012 em seu artigo III.3 ítem m, onde o pesquisador deve garantir que as pesquisas em comunidades, sempre que possível, traduzir-se-ão em benefícios cujos efeitos continuem a se fazer após sua conclusão.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DAS INFORMAÇÕES

Após a realização dos eventos segue-se análise conjugada das informações obtidas nos dois eventos realizados. Vale ressaltarmos que os eventos só foram realizados graças ao apoio que o pesquisador teve da Associação de Moradores de Del Castilho, da Coordenação de Enfermagem do Centro Universitário Celso Lisboa e de seus graduandos, do Corpo de Bombeiro do Município do Rio de Janeiro, e do material em forma de folder, prospectos e cartazes fornecido pela Secretaria Municipal de Saúde do RJ que fazem parte do Programa de Atenção à Saúde promovido pelo Ministério da Saúde. Os dados obtidos foram trabalhados em números e/ou porcentagem como analisamos a seguir.

A maioria expressiva dos participantes dos dois eventos pertencem ao gênero feminino, fato este comprovado em diversas literaturas onde a mulher procura com incidência os serviços de saúde do que os homens.

Na comunidade de Del Castilho a hipertensão arterial é um fator preponderante 41% no 1.º evento realizado e 45% no 2.º evento. A hipertensão arterial é uma das doenças crônicas dos centros urbanos, provocada pelo estresse, vida sedentária, alimentação inadequada dentre outros fatores de conformidade com que Lessa (1998, pág. 29–42) diz referente a hipertensão arterial que se destaca pela magnitude de suas múltiplas expressões, no universo das doenças crônico degenerativas. E continuando com Soares (1998, pág. 17–22) a hipertensão arterial é uma síndrome de origem multifatorial caracterizada pelo aumento das cifras pressóricas arteriais possibilitando anormalidades cardiovasculares e metabólicas que podem levar a alterações funcionais e/ou estruturais de vários sistemas orgânicos do corpo humano, destacando-se o cérebro, coração, rins e vasos periféricos. Para Júnior e Silveira (2005, pág. 71) o diagnóstico da hipertensão arterial consiste na aferição da pressão arterial com esfigmômetro calibrado e em condições adequadas. Ressaltamos neste momento que o enfermeiro pode detectar a hipertensão arterial não somente com a aferição da PA e sim realizando uma anamnese no cliente e coletando dados durante a consulta de enfermagem ou visita domiciliar através do processo de enfermagem.

Em relação ao peso e altura dos participantes foi evidenciado que uma parcela considerável dos moradores 61% do 1.º evento e 54% do 2.º evento estão acima do peso, fato constatado quando os acadêmicos de enfermagem realizaram o cálculo do índice de massa corpórea. Segundo Santos e Sichieri (2005, pág. 2) o índice de massa corporal, é utilizado como indicador do estado nutricional por correlação com a massa corporal e baixa correlação com a estatura. Esses mesmos autores sugerem que o IMC pode ser utilizado como indicador de adiposidade nas diversas faixas etárias particularmente nas mulheres. Para Carpenito (1999, pág. 168–171) a obesidade é um problema complexo envolvendo aspectos sociais, psicológicos e metabólicos. Na maior parte dos casos, a obesidade é causada pelo excesso alimentar e falta de exercícios, como alternativa a autora preconiza que metas realistas de perda de peso aumentam a probabilidade do sucesso e o enfermeiro pode atuar junto ao paciente obeso ajudando-o a enfrentar os aspectos estressores externos que provocam o aumento do consumo de alimentos pelo mesmo. Fazendo-o compreender que a obesidade é uma doença multissistêmica, pois uma dieta rica e em lipídeos e colesterol simples contribui para várias doenças como a doença aterosclerótica, a diabetes, a doença da vesícula, o câncer de mama e câncer de cólon. Fica mais suscetível à infecção pois o tecido adiposo é menos vascularizado, suscetível também a comprometimento da força muscular, mais risco de quedas e lesões e doença respiratória. Cabe aos participantes que estão acima do peso uma orientação a cerca das complicações e prejuízos a sua saúde acarretados pelo excesso de gordura e permitir a compreensão dos mesmos dos fatores estressantes que estimulam ao consumo abusivo de alimentos.

Com relação a variação glicêmica dos participantes do 2.º evento, verificou-se que 46% apresentaram hiperglicemia, fato que comprova ser a diabetes uma das doenças provocadas pela industrialização, pelo sedentarismo, estresse, alimentação inadequada dentre outros fatores que a colocam como um das doenças crônico degenerativas mais agravantes fato comprovado pelo interesse das autoridades públicas em buscar um diagnóstico precoce da doença evitando e/ou adiando as possíveis interações provocadas pelos efeitos deletéricos desta doença. O Ministério da Saúde (2002, pág. 21–22) preconiza que os profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, necessitam ter o conhecimento científico para realizar a avaliação e estratificação do paciente diabético, bem como sua orientação relativo aos hábitos de vida saudável, ao cuidado com as extremidades ao treino do cliente e/ou familiar do mesmo na administração correta da insulina, bem como os efeitos adversos, e a importância da curva glicêmica. Segundo Carpenito (1999, pág. 144–147) o enfermeiro deve explicar ao cliente diabético que seu tratamento e para a sua vida toda com dieta, exercícios e medicação. Continuando a autora citando Krall (1989) descreve que a diabetes é associada com modificações degenerativas vasculares severas, conduzindo precocemente a doença cardíaca aterosclerótica devido aos índices elevados de glicose plasmática. Portanto os valores evidenciados nos participantes do evento que apresentaram hiperglicemia cabem avaliar e estratificar se houve erro na aferição da glicemia ou caracterizar o tipo de diabetes que o cliente apresenta bem como orientar sobre as possíveis complicações da diabete (cetoacidose diabética, coma hiperosmolar hiperglicêmico não-cetônico, hipoglicemia, infecções, doença vascular, neuropatia, retinopatia, nefropatia) e, as medidas de autocuidado que podem melhorar essas condições e encaminhamento para um posto de saúde para um diagnóstico laboratorial apurado sobre essa clientela e receber educação a respeito de sua doença participando dos grupos de apoio de acordo com sua faixa etária.

CONCLUSÃO

Ao analisarmos as tabelas referentes aos eventos do dia 04 de junho de 2005 e de 7 de setembro de 2005 na Ação Social de enfermagem organizada pelo pesquisador junto aos moradores de uma comunidade no bairro de Del Castilho, subúrbio da cidade do Rio de Janeiro contando com o apoio da associação de moradores e da instituição de ensino superior privada junto com os acadêmicos de enfermagem verificamos a aplicação dos Programas de Atenção à Saúde preconizados pelo Ministério da Saúde tem como programas aplicados a hipertensão arterial e o Diabetes mellitus ambos com farto material de orientações e correlacionando com as duas doenças crônicas como a obesidade, verificamos ser pertinentes tais programas, pois ofertam propostas de orientação para saúde baseadas nos consensos atuais e de acordo com OMS.

Percebemos que a população envelheceu e os aspectos que influenciaram para esta alteração está diretamente relacionado com as quedas dos coeficientes de natalidade e fecundidade este fato está, também, associado à melhoria das condições de vida (moradia, alimentação, estilo de vida) e ao avanço do conhecimento científico, o que propicia diagnóstico e tratamentos precoces, bem como colabora na prevenção de agravos à saúde por meio de vacinas e medicamentos. A educação em saúde com a meta promover o maior nível possível de bem-estar, possibilita que as pessoas possam viver de forma saudável, prevenindo doenças preveníveis que fazem parte do leque de doenças crônicas não transmissíveis como a hipertensão, diabetes e obesidade.

Podemos analisar que na comunidade existe em torno de +/- 45 % dos participantes com agravos da saúde decorrente das doenças crônicas degenerativas, e, cabe portanto a identificação dos hábitos de vida do cliente e o entendimento dos motivos que levam o sujeito a adquirir um padrão de vida inadequado propiciante de tais doenças, e nos abrem caminhos para realizarmos estratégias de trabalhos com eles, que vão além de uma abordagem de uma pedagogia tradicional, que procura culpar o sujeito pelos seus hábitos.

A hipertensão arterial remete à convivência com uma doença silenciosa, que requer cuidados específicos para evitar as complicações. Uma doença crônica e degenerativa que implica em mudança do estilo de vida, quanto aos hábitos alimentares, exercícios físicos, uso de medicamentos, trabalhos psicoterapêuticos, grupos de encontro, controle do peso, visita médicas periódicas, evitar o tabagismo, entre outros. Diante desse aspecto, a hipertensão arterial deve envolver orientações voltadas para todas as características relacionadas à doença e ao seu tratamento. Assim, o suporte para a adesão do cliente ao programa de tratamento da hipertensão requer o apoio de outros profissionais de saúde, além do médico. Os portadores de hipertensão arterial e diabetes mellitus são acompanhados por estratégias específicas, como o programa de hipertensão e diabetes. Esse programa já se encontra expandido em nosso Estado e encontra-se inserido nos Programas Saúde da Família. No programa de hipertensão e diabetes o enfermeiro precisa atuar não só na consulta de enfermagem para pessoas já diagnosticadas, mas também na educação em saúde visando a prevenção da doença. As intervenções do enfermeiro no tratamento da hipertensão arterial são voltadas para o engajamento do cliente no autocuidado a fim de manter seus níveis tensionais controlados, para que possam atingir um melhor nível de saúde. Dessa forma, a consulta de enfermagem constitui um espaço no qual se dá o processo educativo, objetivando a mudança de comportamento da clientela portadora de hipertensão arterial. Assim, vale ressaltar que as orientações de enfermagem, através de uma intervenção sistematizada, possibilitam a transformação dessa clientela em agente de autocuidado e multiplicadora das ações de cuidados na família e na comunidade.

A importância do apoio social na preservação e recuperação da saúde tem sido explorada nas últimas décadas, pois se sabe que dispor de alguém que ofereça ajuda ou apoio em situações difíceis pode facilitar o enfrentamento dos problemas, diminuindo os efeitos negativos gerados e favorecendo dessa forma, a saúde e o bem-estar emocional, bem como o tratamento para o tratamento de um fator de risco e doença que é a obesidade. No que diz respeito à epidemiologia da obesidade, ela é determinada pela interação entre o estilo de vida (hábito alimentar e o sedentarismo), a biologia do indivíduo (genética e modificações com o envelhecimento), o ambiente psicossocial (estressores psicossocial) e fatores econômicos (baixa escolaridade e nível social). Dentre esses fatores, o estilo de vida e o ambiente psicossocial são fatores de risco modificáveis, passíveis de intervenção clínica em curto prazo desde eu seja realizado uma proposta individualizada a cada indivíduo. Na comunidade há vários casos de obesidade e deve ser realizado estudo aprofundado para a sua associação com a diabetes e hipertensão.

A assistência integral e individualizada ajuda o paciente a alcançar uma melhor convivência com a doença e o regime terapêutico. O grande desafio da hipertensão arterial e que deve ser abraçado pelos portadores desta patologia é a busca por níveis pressóricos aceitáveis, sendo a adesão dos hipertensos ao tratamento, farmacológico ou não, a principal estratégia para reverter os elevados índices de morbimortalidade causada por esta patologia. Vale ressaltar ainda a importância da participação ativa dos clientes hipertensos em seu cuidado, podendo o mesmo ser ajudado pelo sistema familiar e social. Nesse contexto, a enfermagem atua como um agente de autocuidado ou agente facilitador do autocuidado, uma vez que assume tarefas que o cliente não esteja em condições de fazê-las ou ajuda-o na adesão ao tratamento. Muitos autores têm estudado o problema da adesão e apontam a interação entre o profissional de saúde e o cliente como um dos fatores que dificultam o seguimento do tratamento por esse último, fato comprovado diversas vezes durante os eventos pois muitos clientes sabidamente hipertensos não compreendiam a terapêutica médica prescrita bem como os cuidados que minimizam os efeitos maléficos da doença. Podemos chegar a uma conclusão, pois todas as orientações e tratamento é pautada no modelo biomédico, centralizada no profissional de saúde, desigual, assimétrica e distanciada. O controle do relacionamento está nas mãos do profissional de saúde e ao usuário não é dada a oportunidade de compartilhar, nem de participar. Além do fato do profissional de saúde não compreender as estratégias que o cliente utiliza ao cuidar de sua doença, sendo considerado um comportamento desviante e uma forma de frustrar sua linha de ação, pois suas ações nem sempre são congruentes com o que o profissional de saúde quer e espera deste usuário, uma repetição de ações preconcebidas sem questionamento, não individualizadas e por isso mesmo rejeitadas pelos clientes.

Concluimos também que a principal ação que o enfermeiro utiliza para promover a adesão do cliente ao regime terapêutico – a conscientização – é realizada no modelo tradicional de educação, de maneira repetitiva e utilizando formas de comunicação inadequadas; não considerando as diferentes formas e ritmos de apreensão do conhecimento deste indivíduo; considerando o enfermeiro como aquele que sabe e o usuário como o que não sabe nada e nada pode contribuir que, portanto, deve receber passivamente os conhecimentos advindos de sua autoridade profissional. Esta pesquisa aponta para a necessidade do profissional de saúde e em particular do enfermeiro, das autoridades de saúde da decisão repensarem a interação profissional / usuário nos moldes que vem acontecendo atualmente e para a necessidade de mudanças no modo de pensar e agir em relação ao cliente, um ser humano holístico como seu modo de viver e de pensar querendo ser ouvido e, aguardando alguém para escutá-lo com ele. Todos os objetivos propostos no estudo foram alcançados, verificamos que quem mais participa dos eventos foram as mulheres, buscando informações relativos às doenças. O programa de Atenção à Saúde mais procurada foi o da HA, seguido do DM. Entretanto a procura pela mensuração do peso e sua altura ainda não ganhou a importância de que esse fator de risco e doença pode interferir no tratamento da HA e DM.

As tomadas de decisões relativas ao estilo de vida estão intimamente ligadas à qualidade das relações familiares que podem ser utilizadas como alianças para mudanças de comportamento saudáveis. Dessa forma, a família é um importante elemento a ser inserido no contexto do estudo sobre prevenção da hipertensão arterial, da diabetes mellitus e da obesidade. E podemos afirmar com certeza que as medidas preventivas só possuem chance de sucesso se implementadas em conjunto com a família, a escola e a comunidade dos indivíduos, num esforço conjunto de toda a sociedade e do governo a nível municipal, estadual e federal, respeitando as diferenças de cada população. A utilização dessas ações do programa de Atenção à Saúde do Ministério da saúde permitiu ao pesquisador verificar que na prática educativa dos enfermeiros com os clientes hipertensos, diabéticos e obesos são de extrema importância, já que os mesmos estão envolvidos em todos os níveis de cuidado de saúde. Atuando em conjunto com cliente hipertenso, diabético, e/ou obeso, com à sua família e à comunidade, com o propósito de promover, manter e/ou restaurar o nível de saúde do cliente, mediante julgamento crítico das necessidades básicas individuais do mesmo e propondo para a comunidade uma proposta de ação na avaliação e estratificação dos casos confirmados de doença crônica não transmissíveis, bem como traçar esforços de comum acordo com a comunidade.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

BRANDÃO, Carlos Rodrigues (org.), Repensando a pesquisa participante, SP, Brasiliense, 1999.

BRASIL, Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa. 1.ªed., 4.ª reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Plano de reorganização da atenção à hipertensão arterial e ao diabetes mellitus: hipertensão arterial e diabetes mellitus / Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

GUATTARI, Félix; ROLNIK, Suely. Micropolítica: cartografias do desejo. 7. ed. rev. Petrópolis, RJ: Vozes, 2005.



www.saojose.br | (21) 3107-8600
Av. Santa Cruz, 580 - Realengo - Rio de Janeiro