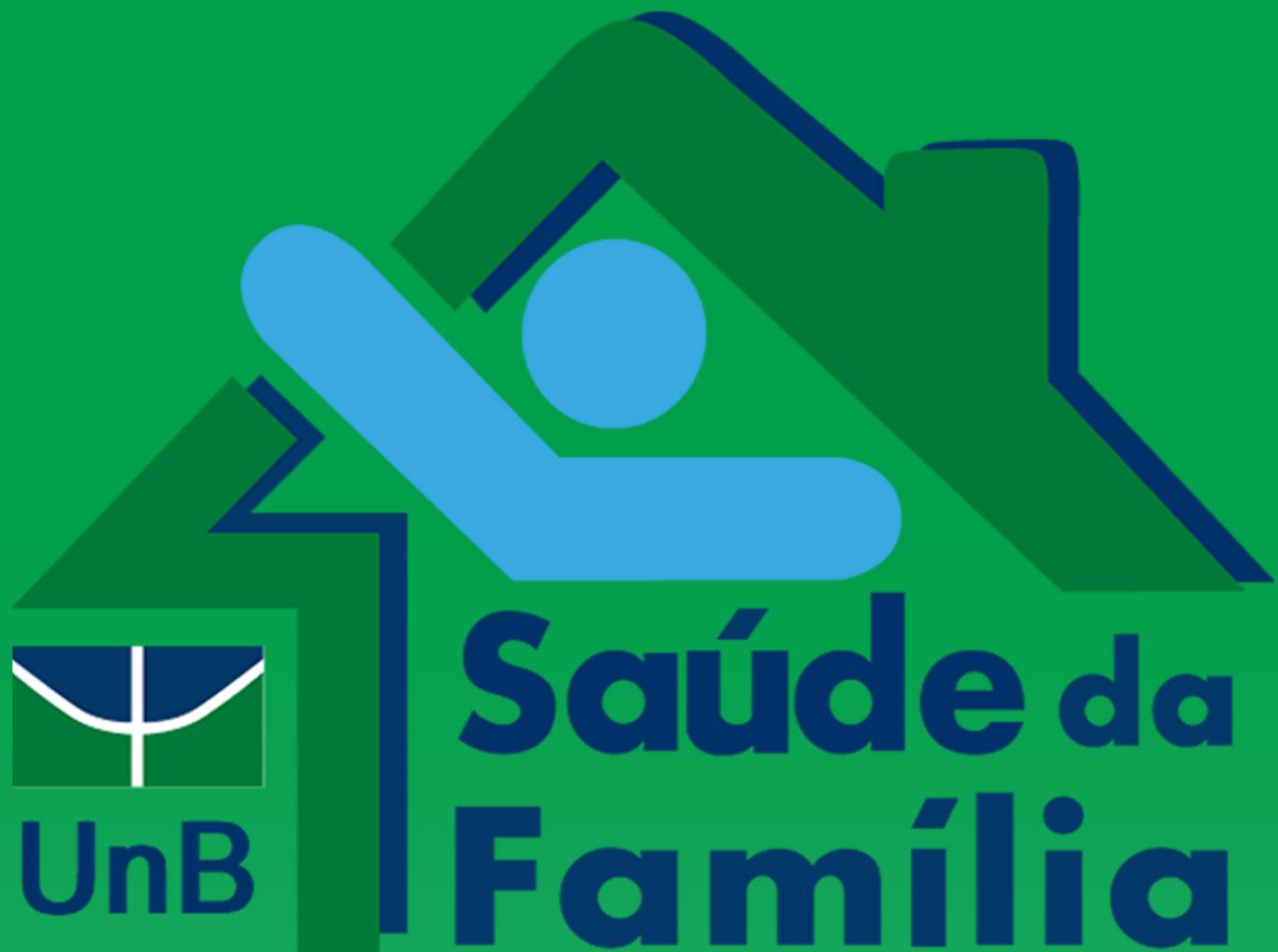


# Curso de Especialização Saúde da Família

Unidade 2 - Cuidado Integral à Saúde do Adulto



# **Unidade 2**

**Cuidado Integral à  
Saúde do Adulto**

# **Módulo 6**

**Cuidado Integral à Saúde do Adulto**

# Créditos

## Governo Federal

Ministro da Saúde  
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)  
Responsável Técnico pelo Projeto UNA-SUS

Arthur Chioro  
Heider Pinto  
Francisco Campos

## Universidade de Brasília

Reitor  
Vice-Reitor  
Decano de Pesquisa e Pós-Graduação

Ivan Marques de Toledo Camargo  
Sônia Nair Báo  
Jaime Martins de Santana

## Faculdade de Medicina

Diretor  
Vice-Diretoria

Paulo César de Jesus  
Verônica Moreira Amado

## Faculdade de Ciências da Saúde

Diretora  
Vice-Diretora

Maria Fátima Souza  
Karin Sávio

## Faculdade Ceilândia

Diretora  
Vice-Diretora

Diana Lúcia Pinho  
Araken dos S. Werneck

## Comitê Gestor do Projeto UNA-SUS-UhB

Coordenação Geral  
Coordenação Administrativa  
Coordenação Pedagógica  
Coordenação de Tecnologias  
Coordenação de Tutoria e Survevisão  
Coordenação de Assuntos Acadêmicos  
Secretária Geral

Gilvânia Feijó  
Celeste Aida Nogueira  
Maria da Glória Lima  
Rafael Mota Pinheiro  
Juliana Faria Fracon e Romão  
Kátia Crestine Poças  
Suellaine Maria Silva Santos

## Equipe Técnica

Analista Sênior  
Produtor de Material Didático  
Programador  
Programador

Jonathan Gomes P. Santos  
Lucas de Albuquerque Silva  
Rafael Silva Brito  
Ismael Lima Pereira

# Créditos

Programador	Rafael Bastos de Carvalho
Programador	Thiago Alves
Produtor de Material Didático	Nayara dos Santos Gaston
Gestão AVA (Ambiente Virtual de Aprendizagem)	Luma Camila Rocha de Oliveira
Repositórios Digitais	Flávia Nunes Sarmanho
Apoio Linguístico	Tainá Narô da Silva de Moura
Produção e Finalização de Material Áudio Visual	Mozair dos Passos Costa
Gerente de Projetos	Aurélio Guedes de Souza
Web Designer	Francisco William Sales Lopes
Design Instrucional	Arthur Colaço Pires de Andrade
Web Designer	Maria do Socorro de Lima
Diagramador	Rafael Brito dos Santos
Gerente de Produção de Educação a Distância	Jitone Leonidas Soares



# Sumário

## MÓDULO 6 – CUIDADO INTEGRAL À SAÚDE DO ADULTO



### Apresentação

### Objetivos Pedagógicos

Lição 1 – Estilo de Vida Saudável.....	10
Lição 2 – Hipertensão.....	23
Lição 3 – Diabetes.....	44
Lição 4 – Saúde do Homem.....	63

# Apresentação

O Módulo 6 aborda assuntos específicos do cuidado integral à saúde do adulto, com foco no trabalho realizado pelas equipes de atenção básica e equipes de Saúde da Família.

O módulo está organizado de modo a propiciar a reflexão sobre as ações de atenção à saúde do adulto, com um olhar para o indivíduo, seu contexto familiar e comunitário. O módulo foi estruturado em 5 lições que abordarão o estilo de vida saudável e os principais agravos de relevância para o atendimento pelos profissionais da atenção básica. O desenvolvimento do pensar crítico e associativo pelos diferentes profissionais de saúde envolvidos sobre o cuidado com o adulto é a premissa dos conteúdos abordados. Além disso, a última lição abordará aspectos específicos da saúde do homem, tendo em vista a inexistência no curso de um módulo específico para esse público.

Convidamos você à reflexão sobre as atividades da equipe de Saúde da Família, procurando uma maior qualidade da atenção de saúde prestada ao indivíduo adulto e buscando uma interação entre os diversos profissionais de saúde, com vistas a uma prática multiprofissional, num enfoque interdisciplinar de cuidar e assistir.

# Objetivos Pedagógicos

- Discutir os principais fatores de morbimortalidade e determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade do adulto aos agravos à saúde;
- Desenvolver habilidades para acolher, atender e encaminhar pacientes adultos que buscam a atenção básica;
- Discutir o papel da equipe de saúde da família na atenção ao adulto;
- Capacitar os profissionais da atenção básica para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento dos principais agravos do paciente adulto.

## **Lição 1 – Estilo de Vida Saudável**

*Juliana Faria Fracon e Romão*

# **O que é Vida Saudável?**



### **Objetivos Específicos**

- Identificar as possíveis definições de estilo de vida saudável;
- Fazer autorreflexão sobre os conceitos de estilo de vida saudável e identificar as características deste estilo;
- Identificar os fatores determinantes de uma vida saudável;
- Descrever orientações para promover um estilo de vida saudável para os usuários.



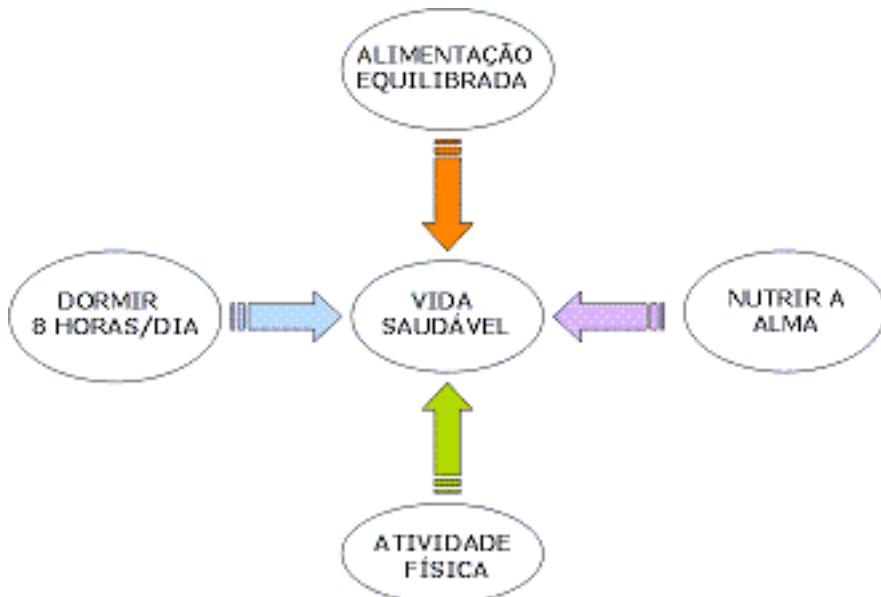
### Estilo de Vida

Estilo de vida é uma expressão moderna que se refere à estratificação da sociedade por meio de aspectos comportamentais, expressos geralmente sob a forma de padrões de consumo, rotinas e hábitos. Segundo a Organização da Saúde, o estilo de vida é um modo de viver baseado em padrões de comportamento identificáveis, que são determinados pela relação entre as características pessoais individuais, interações sociais, condições socioeconômicas e ambientais (WHO,1998).

Os estilos de vida individuais caracterizados pelos seus padrões identificáveis de comportamento podem ter um efeito profundo na saúde dos seres humanos.

O estilo de vida vincula-se ao conjunto de comportamentos, hábitos e atitudes, ou seja, são expressões socioculturais de vida, traduzidas nos hábitos alimentares, no gasto energético do trabalho diário, nas atividades de lazer, entre outros hábitos, vinculados aos processos de adoecimento, especialmente, quando relacionados às doenças crônicas não transmissíveis.

Um estilo de vida saudável ajuda a manter o corpo em forma e a mente alerta. Ajuda a nos proteger de doenças e ajuda a impedir que as doenças crônicas piorem. Um estilo de vida saudável inclui a saúde preventiva, boa nutrição e controle do peso, recreação e prática de atividade física.



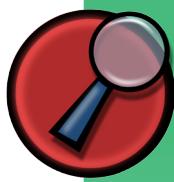
Devemos considerar as grandes mudanças ocorridas ao longo do século passado e que alteraram drasticamente a relação entre o homem e o meio ambiente a fim de relacionarmos o estilo de vida, a atividade física, a saúde e a qualidade de vida. O processo de transição demográfica e epidemiológica teve como consequência o aumento da expectativa de vida da população brasileira. Fatores como melhoria das condições de vida, incluindo avanços tecnológicos e de condições básicas de saneamento foram responsáveis por esse incremento.



### FIQUE DE OLHO

Segundo levantamentos do IBGE, a expectativa de vida dos brasileiros tem aumentado consideravelmente, chegando a 76,8 anos para as mulheres e 69,5 anos para os homens (OGATA, 2015).

Adicionalmente o aumento da renda das populações e o avanço tecnológico possibilitaram maior conforto e cuidados com a saúde. Estas mudanças alteraram o perfil de causas de morte da população. As doenças infecto-parasitárias deixaram de ser as maiores causas de morte e as doenças crônico-degenerativas passaram a figurar como grandes problemas de saúde pública a serem enfrentados. Nesse contexto, fatores comportamentais, particularmente o uso de cigarros, padrões inadequados de dieta e de atividade física, consumo de álcool e comportamento com relação ao sexo seguro passaram a impactar na mortalidade e morbidade da população. Desta maneira, nos últimos 30 anos ocorreu um aumento no interesse dos profissionais da saúde na prevenção das incapacidades e da morte por meio de mudanças no estilo de vida e pela participação em programas de prevenção (RODRIGUEZ-AÑEZ, 2003).



### FIQUE DE OLHO

Nessa direção, o Ministério da Saúde está realizando, desde 2006, o estudo “*Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico*” (VIGITEL), para monitorar vários indicadores vinculados às doenças crônicas nas capitais dos Estados e do Distrito Federal. Os números de 2007 revelaram que 43,4% dos brasileiros estão com excesso de peso, 32,8% consomem carnes com excesso de gordura, 29,2% são insuficientemente ativos e 16,4% são fumantes. A pesquisa VIGITEL revelou ainda que 17,5% dos brasileiros consome álcool em excesso e que, em média, 2% dirige após ingestão de bebidas alcoólicas. Calcula-se que cerca de 40% dos acidentes automobilísticos fatais estejam associados a ingestão de álcool.

O conceito de saúde está intimamente ligado ao conceito de qualidade de vida quando sugere controle da morbidade e prolongamento da vida útil e independente dos indivíduos (MARTINS, 2000).

Segundo a OMS, **qualidade de vida** é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores em que ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1998). Este é um amplo conceito que incorpora de uma maneira complexa saúde física, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos sociais, crenças pessoais e a relação do indivíduo com o meio ambiente.



### ATENÇÃO!

É preciso lembrar que saúde não é apenas uma questão de assistência médica e de acesso a medicamentos. A promoção de “estilos de vida saudáveis” é encarada pelo sistema de saúde como uma ação estratégica.



### FIQUE DE OLHO

Cabe ressaltar que essas ações, além de garantirem a difusão de informação, devem buscar viabilizar espaços para reflexão sobre os fatores individuais e coletivos que influenciam as práticas em saúde e nutrição na sociedade, lançando mão de metodologias que estimulem o espírito crítico e o discernimento das pessoas diante de sua realidade e promovam a autonomia de escolha no cotidiano, a atitude protagonista diante da vida e o exercício da cidadania (BRASIL, 2006).

As ações de promoção da saúde devem combinar três vertentes de atuação: incentivo, proteção e apoio. As medidas de incentivo difundem informação, promovem práticas educativas e motivam os indivíduos para a adoção de práticas saudáveis. As medidas de apoio tornam mais factível a adesão a práticas saudáveis por indivíduos e coletividades informados e motivados. As medidas de proteção impedem que coletividades e indivíduos fiquem expostos a fatores e situações que estimulem práticas não saudáveis (BRASIL, 2006).



### FIQUE DE OLHO

Ou seja, ações efetivas de promoção da saúde combinam iniciativas dirigidas aos indivíduos e coletividades e, também, ao ambiente, aqui entendido como os diversos âmbitos da vida cotidiana (comunidade, escola, ambiente de trabalho, meios de comunicação, comércio etc.).

Escolhas aparentemente individuais são fortemente relacionadas aos hábitos coletivos. Os hábitos ou “estilo de vida”, expressos por práticas cotidianas, não são iguais para todos, mas também não são puramente atitudes individuais conscientes, isoladas e imutáveis (BRASIL, 2006).

Ao se investir numa estratégia de educação em saúde que se propõe somente a prover informação aos indivíduos para promover uma decisão informada sobre

os riscos à saúde, desconsidera-se esta vasta rede de condicionantes e coloca-se o indivíduo como o maior responsável pela sua saúde, ou melhor, o “culpado pela sua doença”.

É preciso, então, compreender os diversos determinantes dos comportamentos humanos, que são construções sócio-históricas. Assim, o desafio para os profissionais seria o de desenvolver intervenções de saúde apropriadas, sem se tornarem reguladores e vigilantes da vida e do prazer alheios (BRASIL, 2006).

O desafio é ajudar as pessoas a buscarem uma adequação entre os cuidados à saúde e o seu ritmo de vida, incorporando as mudanças possíveis, sem, no entanto, deixar que esses cuidados se tornem mais um fator de estresse cotidiano.



## Alimentação Saudável

Alimentação Saudável deve ser baseada em práticas alimentares com significação social e cultural dos alimentos visando a promoção da saúde e a prevenção de doenças.

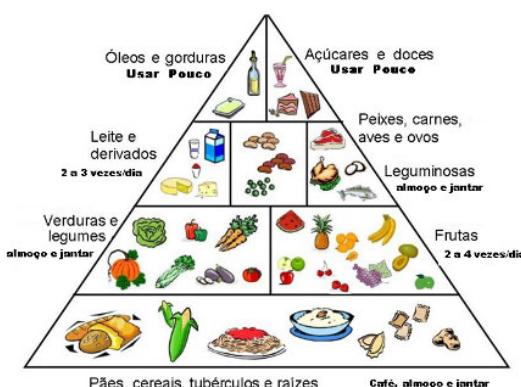
### SIGA OS 10 PASSOS PARA A ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL (Goiás, 2008):

1. Evite refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas doces e outras guloseimas como regra da alimentação.
2. Diminua a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio).
3. Beba pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) de água por dia. É preferência ao consumo de água nos intervalos das refeições.
4. Torne sua vida mais saudável. Pratique pelo menos 30 minutos de atividade física todos os dias e evite as bebidas alcoólicas e o fumo. Mantenha o peso dentro de limites saudáveis.
5. Faça pelo menos 3 refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia. Não pule as refeições.

6. Inclua diariamente 6 porções do grupo do cereais (arroz, milho, trigo, pães e massas), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/ macaxeira/ aipim nas refeições. Dê preferência aos grãos integrais e aos alimentos naturais.
7. Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobre-mesas e lanches.
8. Coma feijão com arroz todos os dias ou pelo menos 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e é bom para a saúde.
9. Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação torna esses alimentos mais saudáveis!
10. Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atento aos rótulos dos alimentos e escolha aqueles com menores quantidades de gorduras trans.



Uma alimentação saudável deve conter todos os grupos de alimentos, fornecendo: água, carboidratos, proteínas, lipídios, vitaminas, fibras e minerais, os quais são insubstituíveis e indispensáveis ao bom funcionamento do organismo.



**Fonte:** Conexão Saúde, 2013

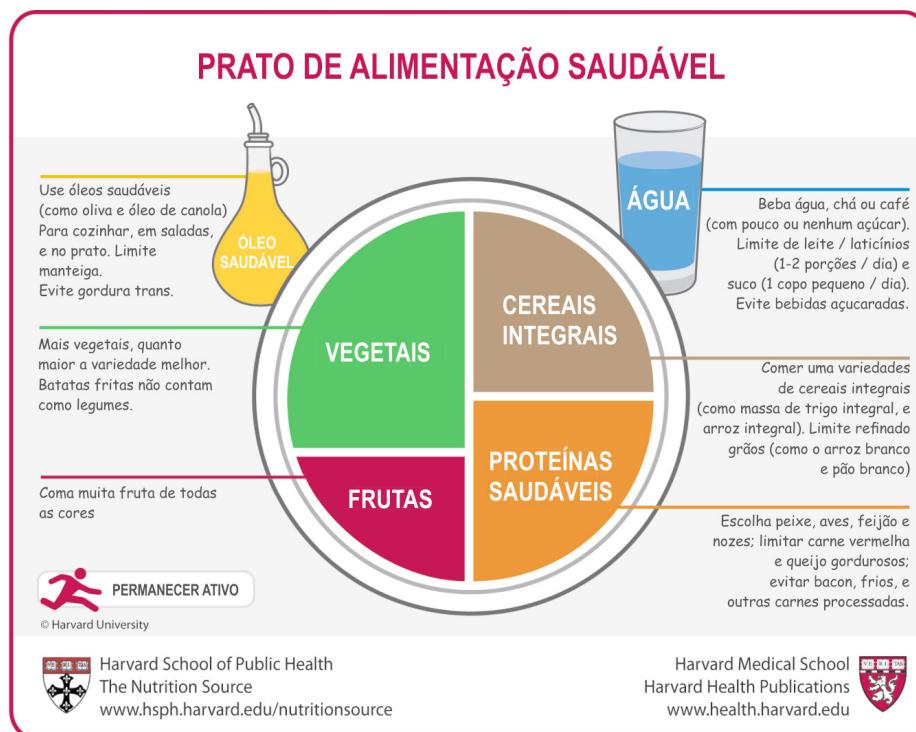
### Dicas para utilizar os 10 passos com as famílias da sua comunidade

- Não é necessário abordar todos os passos de uma vez. Escolha um ou dois passos de cada vez, de acordo com a necessidade da família.
- A mudança de hábito é um processo gradativo, que pode ser adotado após várias tentativas. É importante valorizar os pequenos avanços.
- Estimule o consumo de refeições variadas, ricas em alimentos regionais saudáveis e disponíveis na sua comunidade.
- Para o melhor aproveitamento dos nutrientes, oriente a família a cozinhar legumes e verduras no menor tempo possível, com pequena quantidade de água fervente em panela tampada.
- Oriente a pessoa a montar o seu prato com pelo menos dois terços de alimentos de origem vegetal.
- Oriente as normas básicas de higiene na hora da compra, do preparo, da conservação e do consumo de alimentos. A higiene é essencial para a redução dos riscos de doenças transmitidas pelos alimentos e pela água.



**ATENÇÃO!**

CUIDE DA ALIMENTAÇÃO... ESCOLHA ALIMENTOS SAUDÁVEIS!



## Atividade Física



**PARA  
REFLETIR**

O que é atividade física?]

“Atividade física é todo movimento corporal voluntário humano, que resulta num gasto energético acima dos níveis de repouso, caracterizado pela atividade do cotidiano e pelos exercícios físicos. Trata- se de comportamento inerente ao ser humano com características biológicas e sócio-culturais” (Goiás, 2008).

### SEJA MAIS ATIVO!!



**ATENÇÃO!**

- O carro pode ser deixado em casa e substituído por uma bicicleta ou mesmo uma caminhada.
- Levar o cachorro para passear todos os dias faz bem tanto para ele quanto para você!
- Lavar o próprio carro é mais econômico, saudável e gasta mais calorias do que levar em um lava-jato.
- Aproveitar o dia, sair de frente da TV e passear pelos parques e praças da cidade faz muito bem a saúde e traz bem-estar ao indivíduo.
- Brincar com as crianças de: jogar bola, soltar pipa, andar de bicicleta, pular amarelinha e outros.

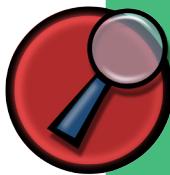
### Exercício Físico

O exercício físico é a ação ou séries de ações corporais prescritas e sistematizadas a fim de desenvolver a aptidão física. (Goiás, 2008)



### Dicas importantes para a prática de Exercícios Físicos

- Usar roupas e calçados adequados.
- Ingerir líquidos, antes, durante e depois do exercício.
- Praticar exercícios apenas quando estiver se sentindo bem. Iniciar as atividades lenta e gradualmente.
- Evitar medicamentos para dormir.
- Não fumar.
- Alimentar-se até duas horas antes do exercício.
- Respeitar seus limites pessoais.
- Informar quaisquer sintomas ou alterações físicas ao profissional que o acompanha.
- Nunca se esquecer de fazer o alongamento antes e depois da atividade física. O alongamento previne lesões musculares e tendinosas, evitam dores musculares e aumentam a amplitude dos movimentos articulares.
- O aquecimento é também de grande importância antes do exercício físico; ele aumenta a temperatura corporal aumentando assim a força de contração muscular, além de prevenir a ocorrência de lesões musculares.



**FIQUE DE OLHO**



**ATENÇÃO!**

### Atividade Física regular melhora sua saúde e reduz os riscos de morte prematura das seguintes formas:

- Reduz o risco de desenvolver doença cardíaca coronária.
- Reduz o risco de infarto.
- Reduz o risco de ter um segundo ataque cardíaco.
- Diminui tanto o colesterol total quanto os triglicerídeos, e eleva o bom colesterol.
- Diminui o risco de desenvolver hipertensão.
- Ajuda a reduzir a pressão arterial em pessoas hipertensas.
- Diminui o risco de desenvolver diabetes tipo 2.
- Reduz o risco de câncer de cólon.
- Ajuda a manter o peso ideal.
- Reduz os sentimentos de depressão e ansiedade.
- Promove o bem-estar psicológico e reduz sentimentos de estresse.
- Ajuda a construir e manter articulações, músculos e ossos saudáveis.
- Ajuda as pessoas idosas a se fortalecerem melhorando a mobilidade e evitando o cansaço excessivo.



**ATENÇÃO!**

### IMPORTANTE LEMBRAR

**Preferência pessoal:** Os benefícios da atividade física somente serão conseguidos com a prática regular e a continuidade depende do prazer em realizá-la. Assim, não adianta indicar uma atividade que a pessoa não goste de fazer.

**PORTANTO, ESCOLHA SUA ATIVIDADE FÍSICA PREFERIDA E SIGA EM FRENTE!**



Ao se investir numa estratégia de educação em saúde que se propõe somente a prover informação aos indivíduos para promover uma decisão informada sobre os riscos à saúde, desconsidera-se a vasta rede de condicionantes e coloca-se o indivíduo como o maior responsável pela sua saúde, ou melhor, o “culpado pela sua doença”.

É preciso, então, compreender os diversos determinantes dos comportamentos humanos, que são construções sócio-históricas. Assim, o desafio para os profissionais seria o de desenvolver intervenções de saúde apropriadas, sem se tornarem reguladores e vigilantes da vida e do prazer alheios (BRASIL, 2006).



Quais as estratégias estabelecidas em sua equipe para o cuidado a um estilo de vida saudável?

### Situação Problema

Sr. Joaquim, 25 anos, casado, reside em um sobrado de equina com um bar, mora com a esposa dona Maria de 22 anos que é diarista e a filha Jéssica de 3 anos.

Ele é pedreiro e recebe um salário mínimo por mês, mais auxílio transporte e refeição. Sua esposa complementa a renda com faxinas, que não são muito regulares. Trabalha oito horas por dia e sempre no final do dia passa no bar na equina de sua casa para tomar algumas doses de bebida. Recentemente fez seus exames, que o médico da família orientou que estava tudo sobre controle, apenas o colesterol um pouco alterado. Ele não realiza outras atividades físicas porque considera que a sua profissão já é bem desgastante fisicamente.

Dona Maria considera-se saudável, após o nascimento de sua filha não conseguiu voltar ao seu peso ideal, é assistida pelo SF e sempre que precisa visita UBS que fica próxima à sua casa para sanar alguns problemas relacionados a uma dor

na coluna e também para consultas eventuais a sua filha Jéssica. Foi encaminhada a um grupo onde ela recebe várias informações/orientações, tanto dos profissionais da ESF, quanto de profissionais voluntários (fisioterapeutas, nutricionistas, educadores físicos), e faz exercícios físicos orientados por alguns desses profissionais.

A filha do casal, Jéssica, é uma criança saudável, alimenta-se bem e quase não apresenta agravos à saúde. Teve seu desenvolvimento dentro da normalidade e atualmente frequenta a creche no período matutino.

Ultimamente, o Sr Joaquim está muito preocupado com alguns problemas no emprego e por isso tem chegado mais tarde em casa, ficando um pouco mais no bar. E quando chega em casa, por vezes, encontra a família dormindo, isso causa um distanciamento dos membros da família.

O agente comunitário visitou a família de Sr. Joaquim e dona Maria relatou que todos são saudáveis, tentam fazer todas as refeições do dia, não fumam e não apresentam nenhuma doença Crônica. Dona Maria relatou ao agente o fato de não encontrar quase com o seu marido em virtude do horário que ele tem chegado em casa.

### Trabalhando a Situação Problema

1. Elabore a lista de problemas do caso descrito.
2. Quais fatores de risco para doenças que você identifica nesse caso?
3. Refletindo sobre um estilo de vida saudável quais os fatores que a ESF orientaria para atingir este estilo?

### Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde

A proposta de Estratégia Global para a Promoção da Alimentação Saudável, Atividade Física e Saúde, da Organização Mundial da Saúde, sugere a formulação e implementação de linhas de ação efetivas para reduzir as mortes e doenças em todo o mundo.

Seus quatro objetivos principais são:

- (1) Reduzir os fatores de risco para doenças crônicas não transmissíveis por meio da ação em saúde pública e promoção da saúde e medidas preventivas;
- (2) aumentar a atenção e conhecimento sobre alimentação e atividade física;

(3) encorajar o desenvolvimento, fortalecimento e implementação de políticas e planos de ação em nível global, regional, nacional e comunitário que sejam sustentáveis, incluindo a sociedade civil, o setor privado e a mídia;

(4) monitorar dados científicos e influências-chave na alimentação e atividade física e fortalecer os recursos humanos necessários para qualificar e manter a saúde nesse domínio (OMS, 2004).

Para a concretização da Estratégia Global, a OMS recomenda a elaboração de planos e políticas nacionais e o apoio de legislações efetivas, infra-estrutura administrativa e fundo orçamentário e financeiro adequado e investimentos em vigilância, pesquisa e avaliação.

Sugere, ainda, a construção de propostas locais e a provisão de informação adequada aos consumidores, por meio de iniciativas vinculadas à educação, publicidade, rotulagem, legislações de saúde, e enfatiza a necessidade de garantia de articulação intersetorial e políticas nacionais de saúde, educação, agricultura e alimentação que incorporem, em seus objetivos, a nutrição, a segurança da qualidade dos alimentos e a segurança alimentar sustentável, a promoção da alimentação saudável e da atividade física, além de políticas de preços e programas alimentares.

As **recomendações específicas sobre dieta**, constantes do documento final da estratégia, são:

- Manter o equilíbrio energético e o peso saudável.
- Limitar a ingestão energética procedente de gorduras; substituir as gorduras saturadas por insaturadas e eliminar as gorduras trans (hidrogenadas).
- Aumentar o consumo de frutas, legumes e verduras, cereais integrais e leguminosas.
- Limitar a ingestão de açúcar livre.
- Limitar a ingestão de sal (sódio) de toda procedência e consumir sal iodado.



**FIQUE DE OLHO**

Com respeito à **atividade física**, a Estratégia Global recomenda pelo menos 30 minutos de atividade física, regular ou intensa ou moderada, na maioria senão em todos os dias da semana, a fim de prevenir as enfermidades cardiovasculares e diabetes e melhorar o estado funcional, nas diferentes fases do ciclo de vida e especialmente na fase adulta e idosa.

Entre outros aspectos, destacar a relevância dessa proposição dentro do setor saúde, pode alavancar e alertar para a importância e efetividade que as ações de promoção da alimentação saudável podem representar na redução de gastos em saúde com ações curativas de tratamento e recuperação do grupo de doenças crônicas não-transmissíveis.

É importante enfatizar que a proposta da Estratégia Global pressupõe que, para modificar os padrões de alimentação e de atividade física da população, são necessárias estratégias sólidas e eficazes acompanhadas de um processo de permanente monitoramento e avaliação de impacto das ações planejadas. Para assegurar progressos sustentáveis, é imprescindível conjugar esforços, recursos e atribuições de todos os atores envolvidos no processo, tais como as diferentes áreas e esferas de governo, organismos multilaterais, sociedades científicas, grupos de defesa do consumidor, movimentos populares, pesquisadores e o setor privado.

Assim sendo, a PNAN e a Estratégia Global compartilham do mesmo propósito central: fomentar a responsabilidade associada entre sociedade, setor produtivo e público para efetuar as mudanças necessárias nos âmbitos socioambientais, que favoreçam as escolhas saudáveis em níveis individual e coletivo.

## Referências Bibliográficas

BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. OBESIDADE. Cadernos de Atenção Básica - n.o 12 Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília, 2006.

Conexão Saúde. Alimentação – A pirâmide da Energia. Disponível em <http://vivaavidajuju.blogspot.com.br/2013/10/alimentacao-piramide-da-energia.html>. 24/10/2013. Acessado em 24/03/2015.

GOIAS, Estado de. Cartilha de Orientações a Saúde. Prefeitura Municipal de Goiânia/ GO. 2008.

MARTINS, M.O. Estudo dos fatores determinantes da prática de atividades físicas de professores universitários. 2000. Dissertação (Mestrado em Educação Física). Programa de Pós-Graduação em Educação Física, UFSC, Florianópolis.

OGATA, A.J.N. Os amplos benefícios de um estilo de vida saudável. Disponível em: [http://arquivos.portaldaindustria.com.br/app/conteudo\\_18/2012/03/26/166/201203262140339549170.Os](http://arquivos.portaldaindustria.com.br/app/conteudo_18/2012/03/26/166/201203262140339549170.Os) - acessado em 19/03/2015.

RODRIGUEZ-AÑEZ, C.R. Sistema de avaliação para a promoção e gestão do estilo de vida saudável e da aptidão física relacionada à saúde de policiais militares. 2003. Tese (Doutorado) Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, UFSC, Santa Catarina.

WHO - World Health Organization. Health promotion glossary. Geneva, 1998.

### Lição 2 – Hipertensão Arterial

Celeste Aída Nogueira Silveira

Gilvânia Feijó

A **Hipertensão Arterial Sistêmica** (HAS) é problema de saúde pública no Brasil e no mundo. É considerada um dos fatores de risco mais importante para o aumento de mortalidade por doenças cardiovasculares, encefálica e renais crônicas.

Nessa lição serão abordados os aspectos epidemiológicos, conceituais, clínicos e de tratamento desse agravo, bem como serão descritos os critérios de encaminhamento para referência e contra referência. As atribuições e competências da equipe de saúde da família serão também apresentadas.



### Objetivos Pedagógicos

- Capacitar os membros da equipe a classificar os pacientes hipertensos
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares
- Capacitar os membros da equipe na proposição de medidas não farmacológicas para redução da pressão arterial
- Contribuir para a capacitação na aferição da pressão arterial e no acompanhamento do tratamento farmacológico e não-farmacológico dos pacientes

- Capacitar os profissionais de saúde para o encaminhamento das pessoas com hipertensão arterial grave refratária ao tratamento e lesões importantes em órgãos-alvo para as unidades de referências secundária e terciária.

### Hipertensão Arterial Sistêmica

#### Epidemiologia

A Hipertensão Arterial Sistêmica é considerada um dos principais fatores de risco modificáveis e um dos mais importantes problemas de saúde pública no Brasil e no mundo.

A mortalidade por doença cardiovascular (DCV) aumenta progressivamente com a elevação da pressão arterial. Em 2001, cerca de 7,6 milhões de mortes no mundo foram atribuídas à elevação da pressão arterial (54% por acidente vascular encefálico e 47% por doença isquêmica do coração - DIC), sendo a maioria em países de baixo e médio desenvolvimento econômico e mais da metade em indivíduos entre 45 e 69 anos (Williams, 2010).



**FIQUE DE OLHO**

No Brasil, em 2007, ocorreram 308.466 óbitos por doenças do aparelho circulatório, sendo a principal causa de óbito (Malta et al, 2009). Segundo o Documento do Banco Mundial sobre o enfrentamento das doenças não transmissíveis no Brasil a Hipertensão Arterial aumentou nos últimos cinco anos, passando de 21,6% em 2006, para 23,3% em 2010.

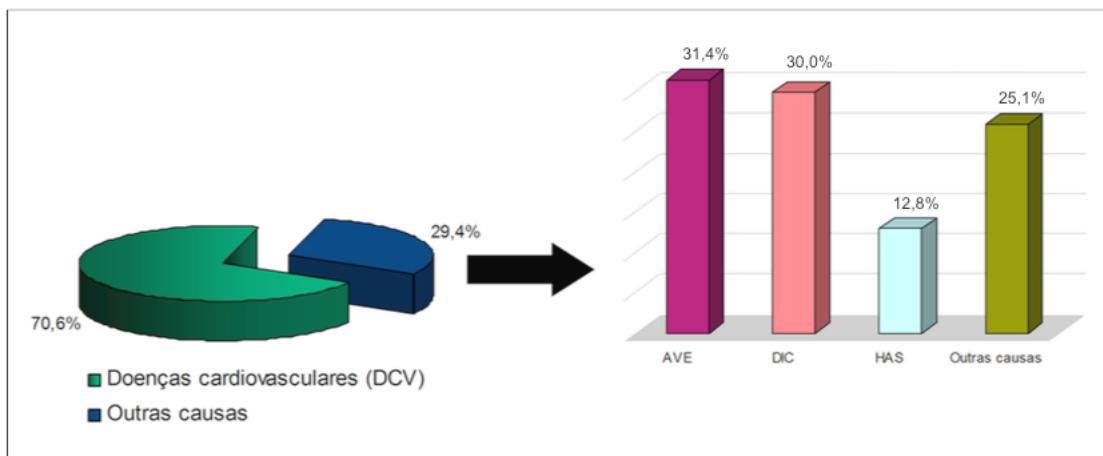


Figura 1 - Taxas de mortalidade por DCV e suas diferentes causas no Brasil, em 2007. AVE - Acidente Vascular Encefálico; DIC - Doença Isquêmica do Coração; HAS - Hipertensão Arterial Sistêmica. Fonte: Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

Inquéritos populacionais em cidades brasileiras nos últimos 20 anos apontaram uma prevalência de HAS acima de 30% (Cesarino et al 2008; Rosário et al, 2009). Entre os gêneros, a prevalência foi de 35,8% nos homens e de 30% em mulheres, semelhante à de outros países (Pereira et al, 2009).

A HAS, além da alta prevalência, cursa, na maioria das vezes, de forma assintomática. O diagnóstico e o tratamento são frequentemente negligenciados e a baixa adesão, por parte do paciente, ao tratamento prescrito é comum. Tais fatores tornam a hipertensão um desafio para a equipe de saúde da família e para a comunidade. A necessidade de manejo individual e pessoal durante um longo período de tempo exige habilidade de comunicação e uma organização de serviço de atendimento.

### Aferição da Pressão Arterial

Estudos mostram discrepâncias consideráveis entre as medições de Pressão Arterial (PA) obtidas por médicos, enfermeiros e examinadores treinados. Parte dessa inexatidão se deve a falha nos equipamentos ou falhas nas técnicas usadas.



**FIQUE DE OLHO**

Vamos relembrar a maneira correta de aferição da pressão arterial?

Assista ao vídeo explicativo sobre aferição da pressão arterial no endereço a seguir: <https://www.youtube.com/watch?v=UJIQ3gzNwro>

### Conceito e classificação

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é uma condição clínica multifatorial caracterizada por níveis elevados e sustentados de pressão arterial (PA). É definida como 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.

A HAS associa-se frequentemente a alterações funcionais e/ou estruturais dos órgãos-alvo (coração, encéfalo, rins e vasos sanguíneos) e a alterações metabólicas, com consequente aumento do risco de eventos cardiovasculares fatais e não-fatais.

Entretanto, para que seja feito o diagnóstico da HAS, recomenda-se aferir a PA em diferentes períodos, principalmente para reduzir a ocorrência da “hipertensão do avental branco”, que consiste em elevação da PA ante a simples presença do profissional de saúde no momento da aferição.

Uma vez identificados, os pacientes com HA devem ser acompanhado, para minimizar as chances de lesões em órgãos-alvo. A avaliação clínica e laboratorial tem como objetivos:

- Confirmar o diagnóstico de HA por medida da pressão arterial;
- Identificar fatores de risco para doenças cardiovasculares;
- Pesquisar lesões clínicas em órgãos-alvo;
- Pesquisar presença de outras doenças associadas;
- Estratificar o risco cardiovascular global;
- Avaliar indícios do diagnóstico de HA secundária.

### Avaliação Clínica e Laboratorial

- a) história clínica considerando sexo, idade, raça, tabagismo, sobrepeso e obesidade, história familiar de HA e doenças vasculares e encefálica, ingestão de sal e álcool, prática de exercícios físicos, dentre outros fatores de risco para hipertensão;
- b) exame físico enfatizando medida da PA , peso, altura, circunferência abdominal, acurado exame cardiorrespiratório e fundo de olho;
- c) avaliação laboratorial de rotina – análise de urina, dosagem de potássio, glicemia de jejum, lipidograma, eletrocardiograma;
- d) avaliação complementar quando houver indícios de lesão em órgãos-alvo.



Além da elevação persistente da pressão arterial, considerar os fatores de risco individual, comorbidades e avaliar lesões em órgãos-alvos, mostrados na tabela abaixo.

**ATENÇÃO!**

### Componentes para a estratificação do risco individual dos pacientes em função da presença de fatores de risco e de lesão em órgãos-alvo(D)

#### Fatores de risco maiores:

- Tabagismo;
- Dislipidemias;
- Diabetes Melito;
- Idade acima de 60 anos.
- História familiar de doença cardiovascular em:
  - Mulheres com menos de 65 anos;
  - Homens com menos de 55 anos.

#### Lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares:

- Doenças cardíacas:
  - Hipertrofia do ventrículo esquerdo;
  - Angina do peito ou infarto do miocárdio prévio;
  - Revascularização miocárdica prévia;
  - Insuficiência cardíaca.
- Episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral;
- Nefropatia;
- Doença vascular arterial de extremidades;
- Retinopatia hipertensiva.

Tabela 1 – Estratificação de risco individual, fatores de riscos e lesão em órgão alvo. Fonte: Projeto Diretrizes, AMB e CFM, Hipertensão Arterial, 2002.



**FIQUE DE OLHO**

Até o momento nenhum dos instrumentos disponíveis para estratificação de risco foi desenvolvido ou adaptado para o contexto brasileiro, porém, estes riscos são estimados com escores de predição.

O fluxograma de diagnóstico da hipertensão, retirado das diretrizes brasileiras de hipertensão está mostrado abaixo:

# Curso de Especialização - Saúde da Família

## Módulo 6- Cuidado Integral à Saúde do Adulto

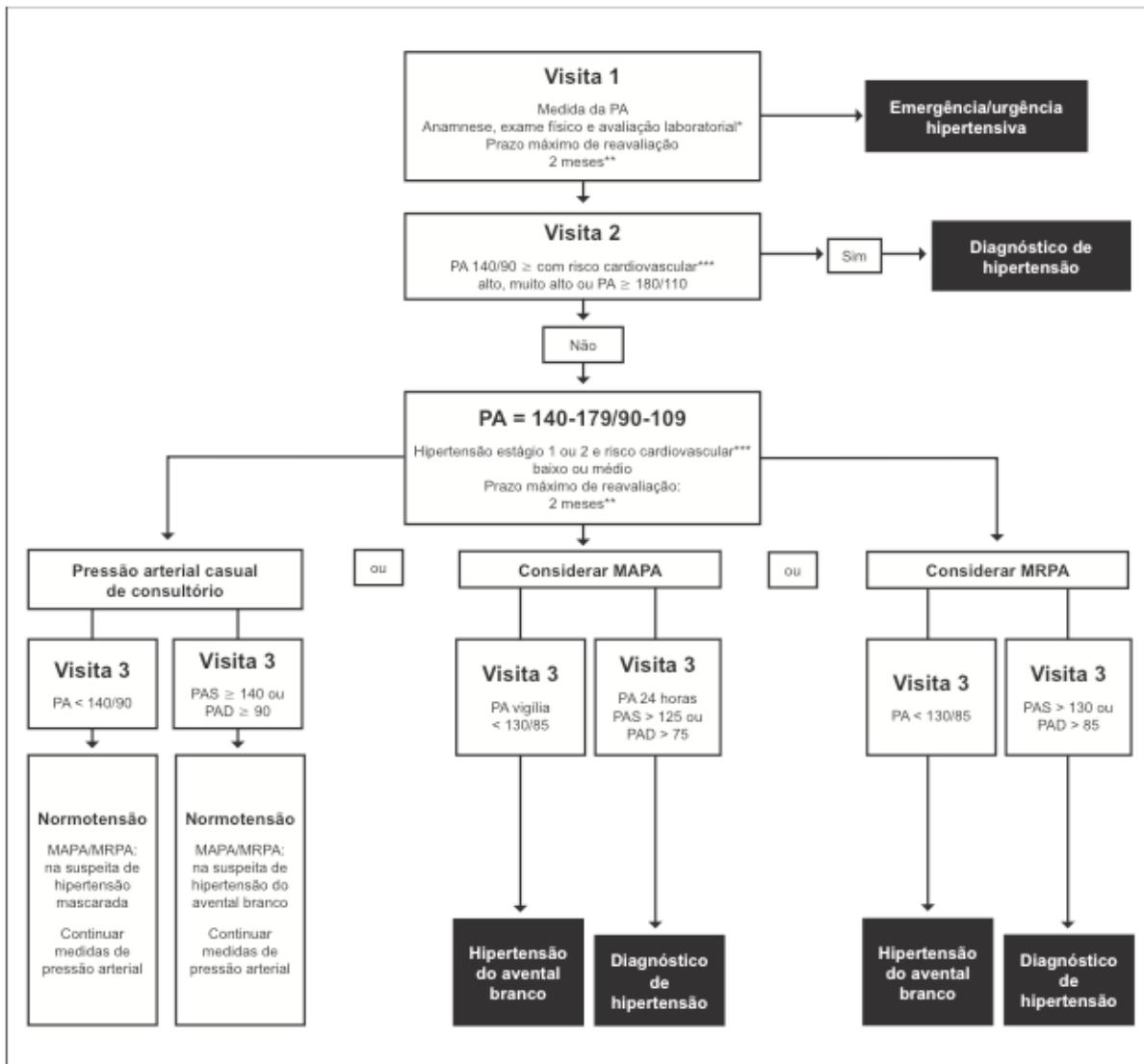


Figura 2 - Fluxograma para o diagnóstico da hipertensão arterial (modificado de sugestão do Canadian Hypertension Education Program). \* Avaliação laboratorial recomendada no capítulo 3. \*\* Vide tabela 4 (seguimento). \*\*\* Estratificação de risco cardiovascular recomendado no capítulo 3. PA - pressão arterial; PAD - pressão arterial diastólica; PAS - pressão arterial sistólica; MAPA - monitorização ambulatorial da pressão arterial; MRPA - monitorização residencial da pressão arterial. Fonte: Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

## Classificação

Os limites de pressão arterial considerados normais são arbitrários.

## Hipertensão

A linha demarcatória que define HAS considera valores de PA sistólica  $\geq 140$  mmHg e/ou de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg em medidas de consultório. O diagnóstico deverá ser sempre validado por medidas repetidas, em condições ideais, em, pelo menos, três ocasiões.

### ***Normotensão verdadeira***

Considera-se normotensão verdadeira se as medidas de consultório são consideradas normais, desde que atendidas todas as condições determinadas pelas Diretrizes Brasileiras de Hipertensão.

### ***Hipertensão sistólica isolada***

Hipertensão sistólica isolada é definida como comportamento anormal da PA sistólica com PA diastólica normal. A hipertensão sistólica isolada e a pressão de pulso são fatores de risco importantes para doença cardiovascular em pacientes de meia-idade e idosos.

### ***Hipertensão do avental branco (HAB)***

Define-se HAB quando o paciente apresenta medidas de PA persistentemente elevadas ( $\geq 140/90$  mmHg) no consultório e médias de PA consideradas normais na residência.

### ***Hipertensão mascarada***

É definida como a situação clínica caracterizada por valores normais de PA no consultório ( $< 140/90$  mmHg), porém com PA elevada durante o período de vigília. Esta condição deve ser pesquisada em indivíduos com PA normal ou limítrofe e mesmo nos hipertensos controlados, mas com sinais de lesões em órgãos-alvo, histórico familiar positivo para HAS, risco cardiovascular alto, e medida casual fora do consultório anormal.

A tabela abaixo mostra a classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório.

**Tabela 2** - Classificação da pressão arterial de acordo com a medida casual no consultório (> 18 anos)

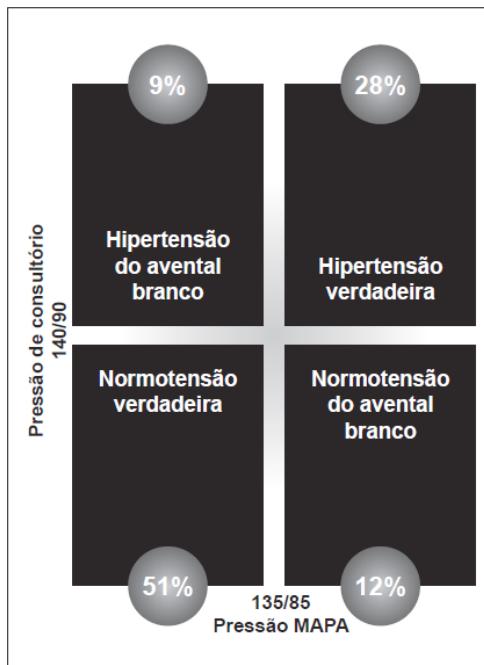
Classificação	Pressão sistólica (mmHg)	Pressão diastólica (mmHg)
Ótima	< 120	< 80
Normal	< 130	< 85
Limítrofe*	130–139	85–89
Hipertensão estágio 1	140–159	90–99
Hipertensão estágio 2	160–179	100–109
Hipertensão estágio 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensão sistólica isolada	≥ 140	< 90

Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação da pressão arterial.

\* Pressão normal-alta ou pré-hipertensão são termos que se equivalem na literatura.

**Fonte:** Arq Bras Cardiol 2010; 95(1 supl.1): 1-51

A figura abaixo mostra as diferentes possibilidades de classificação do comportamento da PA quanto ao diagnóstico, segundo as novas formas de definição.



**Figura 2** - Possibilidades de diagnóstico, de acordo com as medidas de pressão arterial casual e MAPA (Monitorização ambulatorial da Pressão Arterial) na vigília ou MRPA (Monitorização residencial da Pressão Arterial). Destaque-se que os valores de referência nesse estudo, diferentemente dos considerados nas DBH VI, conferem porcentagens de prevalência a cada uma das formas de comportamento de acordo com os valores nele considerados. Fonte: Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, 2010

## Fatores de risco para HAS

**Idade** - Existe relação direta e linear da PA com a idade, sendo a prevalência de HAS superior a 60% na faixa etária acima de 65 anos.

**Gênero e etnia** - A prevalência global de HAS entre homens e mulheres é semelhante, embora seja mais elevada nos homens até os 50 anos, invertendo-se a partir da 5a década. Em relação à cor, a HAS é duas vezes mais prevalente em indivíduos de cor não-branca. Entretanto há que se destacar que não se conhece, com exatidão, o impacto da miscigenação sobre a HAS no Brasil.

**Excesso de peso e obesidade** - O excesso de peso se associa com maior prevalência de HAS. A obesidade central também se associa com a pressão arterial

**Ingestão de sal** - Ingestão excessiva de sódio tem sido correlacionada com elevação da PA.

**Ingestão de álcool** – A ingestão de álcool por períodos prolongados de tempo pode aumentar a PA e a mortalidade cardiovascular em geral. NO Brasil, essa associação é independente das características demográficas (Kannel, 1996).

**Sedentarismo** - Atividade física reduz a incidência de HAS, mesmo em indivíduos pré-hipertensos, bem como a mortalidade e o risco de DCV.

**Genética** - A contribuição de fatores genéticos para a gênese da HAS está bem estabelecida na população. Porém, não existem, até o momento, variantes genéticas que, possam ser utilizadas para predizer o risco individual de se desenvolver HAS (de Oliveira et al, 2008).

### Avaliando o risco cardiovascular

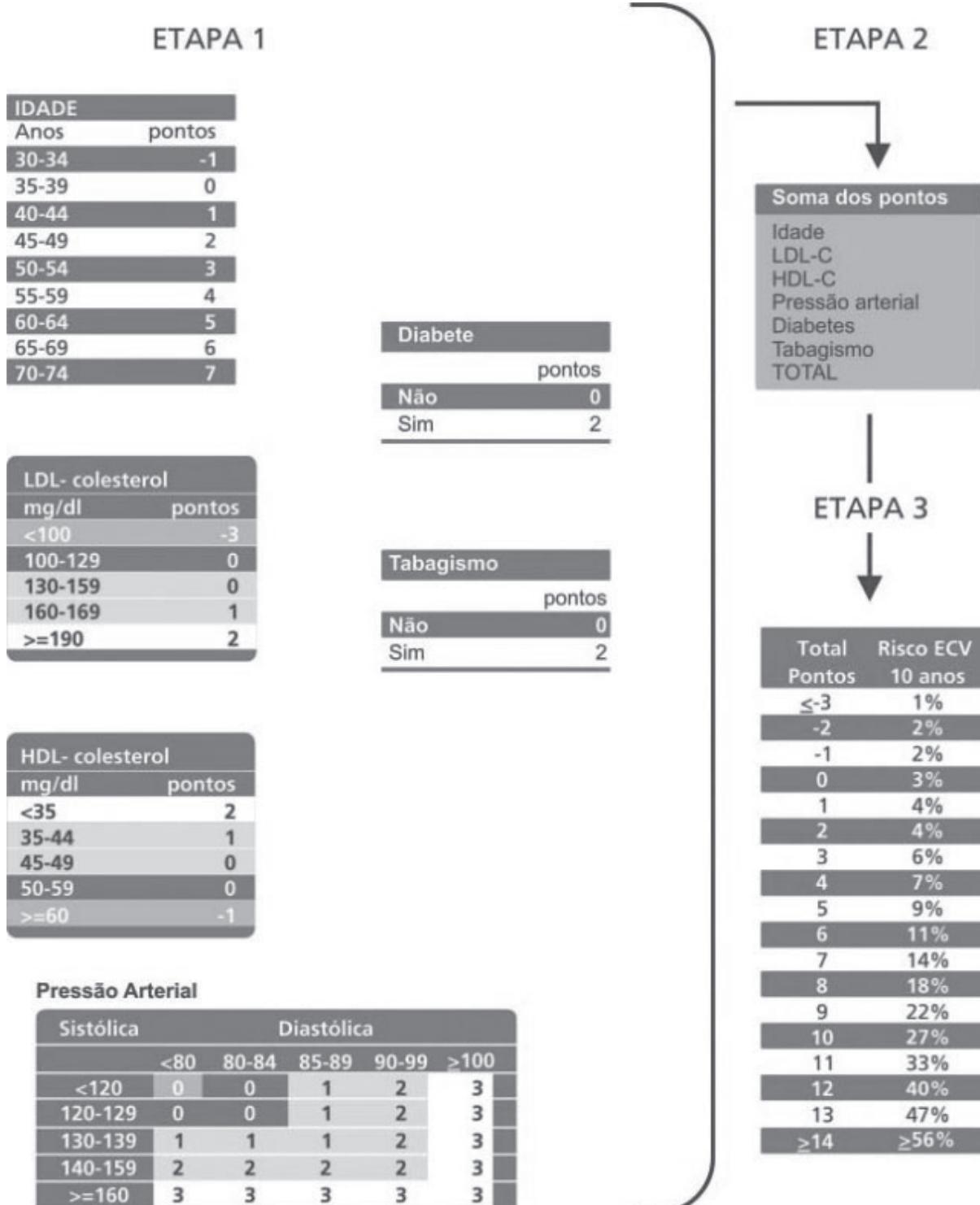
A estratificação do risco cardiovascular é fundamental para orientar a conduta terapêutica e o prognóstico do paciente. Costuma-se classificar os indivíduos em três níveis de risco – baixo, moderado e alto – para desenvolvimento de eventos cardiovasculares maiores e das lesões em órgãos-alvos, avaliado pelo cálculo de escore de Framingham, conforme quadro abaixo do Caderno de Atenção Básica.

Tabela 3 - Componentes para estratificação do risco individual dos pacientes em função do Escore de Framinghan e de lesão em órgãos-alvo

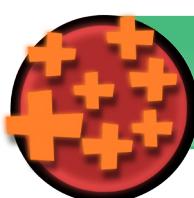
Escore de Framingham	
Categoria	Evento cardiovascular maior (ECV)
Baixo	<10%/ 10 anos
Moderado	10 a 20%/ 10 anos
Alto	>20%/ 10 anos
Lesões em órgãos-alvo e doenças cardiovasculares	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Doenças cardíacas:<ul style="list-style-type: none"><li>– Hipertrofia do ventrículo esquerdo.</li><li>– Angina do peito ou infarto agudo do miocárdio prévio</li><li>– Revascularização percutânea ou cirúrgica miocárdica prévia.</li><li>– Insuficiência cardíaca.</li></ul></li><li>• Episódio isquêmico ou acidente vascular cerebral.</li><li>• Nefropatia</li><li>• Doença arterial periférica.</li><li>• Retinopatia hipertensiva.</li></ul>	

**Fonte:** Brasil. Ministério da Saúde, Departamento de Atenção Básica, Hipertensão Arterial Sistêmica, Caderno de Atenção Básica, no. 15, pag. 22, 2006.

O Escore de Framingham é avaliado segundo as variáveis: pressão arterial, tabagismo, colesterol total, HDL-C, LDL-C, intolerância a glicose e idade. A figura abaixo demonstra os passos para a determinação de risco cardiovascular segundo o escore de Framingham.



**Figura 3** – Diagrama para determinação do risco cardiovascular baseado no escore de Framingham



**SAIBA MAIS**

Para saber mais, consulte as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, publicadas em 2010, disponível na sua biblioteca.

### Situação Problema

Senhor Paulo, 62 anos, hipertenso, tabagista e com sobrepeso chega a Unidade Básica de Saúde para o grupo de caminhada, que ocorre toda segunda, quarta e sexta, pela manhã, de 7h30 às 8h15. Antes da saída, todos têm a pressão aferida e Seu Paulo estava com 150x100mmHg. Josie, técnica de enfermagem da equipe pergunta:

- O que houve Senhor Paulo? Sua pressão sempre é boa?
- Minha filha, não dormi direito a noite toda. Uma “mijação”.
- O Sr. está tomando o remédio direito?
- Claro! Aquele miudinho branquinho eu tomo de manhã, o outro é de noite...

Desconfiada, Josie resolve:

- Tudo bem, depois da caminhada vamos falar com o doutor e agendar uma consulta?

Após a caminhada, Josie aguarda o Senhor Paulo, junto ao Dr. Rui. Ele desconfia que o Senhor Paulo deva estar tomando o diurético à noite, confundindo com o comprimido de enalapril. Para sanar as dúvidas, resolvem que a tomada da medicação será pela manhã, apenas.

Os exames do Senhor Paulo também chegaram, assim, vamos poder classificar o risco cardiovascular, usando a escala de Framingham: Glicemia de jejum 88 mg/dl; LDL: 160mg/dl; HDL: 55mg/dl.

Vamos calcular o risco cardiovascular usando o Escore de Framingham para o Sr. Paulo?

---

*Como você deve ter calculado o somatório do escore do Sr. Paulo foi de 11 o que equivale a um risco de 33% de evento cardiovascular em 10 anos.*

---

### Algumas perguntas para reflexão



**PARA  
REFLETIR**

- Quantos adultos hipertensos você tem cadastrado na sua área? Você saberia dizer quantos, aproximadamente, estão descompensados?
- O que a equipe tem feito com relação à adesão ao tratamento medicamentoso e não medicamentoso?
- Há grupos de hipertensos e diabéticos? Qual o objetivo dos grupos?
- Há alguma classificação de risco para eventos cardiovasculares?
- Quantos acamados ou pessoas com alguma restrição domiciliar você tem na sua área de abrangência, decorrentes de sequela de evento cardiovascular? Eles têm acompanhamento multiprofissional em domicílio? Há atenção odontológica para eles?
- Há mudança nos indicadores de saúde da sua área, desde que você está lá? Quais?

### Situação problema – Tratamento não farmacológico



Senhor Antônio tem 47 anos é vigia noturno há 15 anos, trabalha uma noite e descansa outra. É solteiro e possui três filhos que não moram com ele. Pelo fato de morar sozinho, se alimenta com uma marmita que o motoboy entrega todos os dias em sua casa. Geralmente faz três refeições por dia: café da manhã, almoço e jantar. No fim de semana é adepto ao churrasco e cervejinha com os vizinhos e amigos. Sua mãe faleceu aos 60 anos vítima de um AVC, seu pai é vivo e tem diabetes Mellitus descompensada. Atualmente, o senhor Antônio é fumante e em duas visita do agente de saúde foi verificado que a pressão arterial era de 145/95 mmHg. Ele consultou o médico de família que solicitou alguns exames laboratoriais e um teste ergométrico. Além disso, foi constatado que o Senhor Antônio está com um IMC de 27 kg/m<sup>2</sup>, medida da circunferência da cintura de 120 cm e sedentarismo por mais 20 anos.

Após 30 dias, o Senhor Antônio retornou a consulta médica e a PA foi aferida em 140/90 mmHg. Constatou-se dislipidemia e intolerância a glicose (Glicemia de jejum: 110 mg/dl). O ECG repouso: normal.

### Reflexão – Caso Clínico



**PARA  
REFLETIR**

1. Elabore uma lista de problemas do caso descrito.
2. Qual o papel da Equipe de Saúde da Família diante do senhor Antônio?
3. Quais são os objetivos e as condutas a serem tomadas, visando um tratamento não-farmacológico?

---

### Abaixo as respostas às perguntas

1) Hipertensão estágio I; Intolerância a glicose; sobrepeso; acumulo de gordura abdominal; hereditariedade (pai e mãe hipertensos e diabetes); estilo de vida: sedentarismo e vigia noturno.

2) É de fundamental importância a implementação de modelos de atenção à saúde que incorporem estratégias diversas-individuais e coletivas a fim de melhorar a qualidade da atenção e alcançar o controle adequado dos níveis pressóricos. Este desafio é sobretudo da Atenção Básica, notadamente da Saúde da Família, espaço prioritário e privilegiado de atenção à saúde que atua com equipe multiprofissional e cujo processo de trabalho pressupõe vínculo com a comunidade e ao usuário, levando em conta diversidade racial, cultural, religiosa e os fatores sociais envolvidos. Então a equipe tem como desafio reduzir a carga dessa doença (hipertensão arterial) e reduzir o impacto social e econômico decorrentes do seu contínuo crescimento e consequências. Estratificação de risco cardiovascular. A equipe multiprofissional pode ser constituída por todos os profissionais que lidam com pacientes hipertensos: médicos, enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, professores de educação física, musicoterapeutas, farmacêuticos, educadores, comunicadores, funcionários administrativos e agentes comunitários de saúde. Como a HAS é uma síndrome clínica multifatorial, contar com a contribuição da equipe multiprofissional de apoio ao hipertenso é conduta desejável, sempre que possível. Abordagem multidisciplinar: grau de recomendação I e nível de evidência A. Considerando-se as principais intervenções não-medicamentosas podemos observar, na tabela 2, os benefícios médios estimados na população com as suas aplicações.

3) Objetivos: Reduzir os níveis pressóricos, a intolerância a glicose, o peso (IMC) e colesterol (LDL e triglicérides).

Orientações (condutas): reeducação alimentar (redução da ingestão de sódio e de açúcar) e controle do peso corporal (redução do IMC e circunferência da cintura); prática de exercícios físicos regulares (encaminhar ao grupo de hipertensos); redução e interrupção do consumo de bebidas alcoólicas e tabagismo; Controle do estresse psicossocial.

A tabela abaixo apresenta recomendações relacionadas a modificações de estilo de vida com impacto na redução da PA.

**Tabela 4** - Algumas modificações de estilo de vida e redução aproximada da pressão arterial sistólica\*

Modificação	Recomendação	Redução aproximada na PAS**
Controle de peso	Manter o peso corporal na faixa normal (índice de massa corporal entre 18,5 a 24,9 kg/m <sup>2</sup> )	5 a 20 mmHg para cada 10 kg de peso reduzido
Padrão alimentar	Consumir dieta rica em frutas e vegetais e alimentos com baixa densidade calórica e baixo teor de gorduras saturadas e totais. Adotar dieta DASH	8 a 14 mmHg
Redução do consumo de sal	Reducir a ingestão de sódio para não mais que 2 g (5 g de sal/dia) = no máximo 3 colheres de café rasas de sal = 3 g + 2 g de sal dos próprios alimentos	2 a 8 mmHg
Moderação no consumo de álcool	Limitar o consumo a 30 g/dia de etanol para os homens e 15 g/dia para mulheres	2 a 4 mmHg
Exercício físico	Habituarse à prática regular de atividade física aeróbica, como caminhadas por, pelo menos, 30 minutos por dia, 3 vezes/semana, para prevenção e diariamente para tratamento	4 a 9 mmHg

\* Associar abandono do tabagismo para reduzir o risco cardiovascular.

\*\* Pode haver efeito aditivo para algumas das medidas adotadas.

**Fonte:** Diretrizes da Sociedade Brasileira de Hipertensão, 2010.

**Observação:** O padrão dietético DASH (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*), rico em frutas, hortaliças, fibras, minerais e laticínios com baixos teores de gordura, tem importante impacto na redução da PA.

## Tratamento farmacológico

A decisão terapêutica não é baseada apenas no nível da PA, considera-se também, presença de fatores de riscos, lesão de órgão alvo e/ou doença cardiovasculares.

# Curso de Especialização - Saúde da Família

## Módulo 6- Cuidado Integral à Saúde do Adulto

**Tabela 5** - Classificação do risco cardiovascular global individual dos pacientes em função do escore de risco de Framingham e da presença de lesão em órgãos-alvo

Risco BAIXO	Ausência de fatores de risco ou risco pelo escore de Framingham baixo (<10%/ 10 anos) e ausência de lesão em órgãos-alvo.
Risco MODERADO	Presença de fatores de risco com risco pelo escore de Framingham moderado (10-20%/10 anos), mas com ausência de lesão em órgãos-alvo.
Risco ALTO	Presença de lesão em órgãos-alvo ou fatores de risco, com escore de Framingham alto (>20%/ano).

Fonte: Caderno de Atenção Básica, no. 15, 2006.

Vamos voltar ao caso do Sr. Paulo. Com o cálculo do Escore de Framingham baseado na tabela acima, como você classificaria o risco do Sr. Paulo, baixo, moderado ou alto?



**SAIBA MAIS**

Para saber mais, consulte as Diretrizes Brasileiras de Hipertensão, publicadas em 2010, disponível na sua biblioteca.

## Atribuições e Competência da Equipe de Saúde

A implementação de medidas de prevenção na HAS representa um grande desafio para os profissionais e gestores da área de saúde. A prevenção primária e a detecção precoce são as formas mais efetivas de evitar as doenças e devem ser metas prioritárias dos profissionais da equipe.

O manejo da hipertensão arterial sistêmica não é questão médica isolada. Equipes multidisciplinares para o atendimento e acompanhamento podem atingir com maior eficiência o controle adequado da hipertensão arterial.

A equipe de saúde deve atuar de forma integrada e com níveis de competência bem estabelecidos.

### Agente Comunitário de Saúde

- 1) Esclarecer a comunidade sobre os fatores de risco para as doenças cardiovasculares, orientando-a sobre as medidas de prevenção.
- 2) Rastrear a hipertensão arterial em indivíduos com mais de 20 anos, pelo menos, uma vez ao ano, mesmo naqueles sem queixa.
- 3) Encaminhar à consulta de enfermagem os indivíduos rastreados como suspeitos de serem portadores de hipertensão.

- 4) Verificar o comparecimento dos pacientes hipertensos às consultas agendadas na unidade de saúde.
- 5) Verificar a presença de sintomas de doença cardiovascular, cerebrovascular ou outras complicações de hipertensão arterial, e encaminhar para consulta extra.
- 6) Perguntar, sempre, ao paciente hipertenso se o mesmo está tomando, com regularidade, os medicamentos e se está cumprindo as orientações de dieta, atividades físicas, controle de peso, cessação do hábito de fumar e da ingestão de bebidas alcoólicas.
- 7) Registrar, em sua ficha de acompanhamento, o diagnóstico de hipertensão e risco cardiovascular global estimado de cada membro da família.

### Auxiliar de Enfermagem

- 1) Verificar os níveis da pressão arterial, peso, altura e circunferência abdominal, em indivíduos da demanda espontânea da unidade de saúde.
- 2) Orientar a comunidade sobre a importância das mudanças nos hábitos de vida, ligadas à alimentação e à prática de atividade física rotineira.
- 3) Orientar as pessoas da comunidade sobre os fatores de risco cardiovascular, em especial aqueles ligados à hipertensão arterial e diabetes.
- 4) Agendar consultas e reconsultas médicas e de enfermagem para os casos indicados.
- 5) Proceder as anotações devidas em ficha clínica.
- 6) Cuidar dos equipamentos (tensiômetros e glicosímetros) e solicitar sua manutenção, quando necessária.
- 7) Encaminhar as solicitações de exames complementares para serviços de referência.
- 8) Controlar o estoque de medicamentos e solicitar reposição, seguindo as orientações do enfermeiro da unidade, no caso de impossibilidade do farmacêutico.
- 9) Fornecer medicamentos para o paciente em tratamento, quando da impossibilidade do farmacêutico.

### Enfermeiro

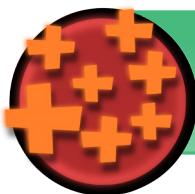
- 1) Capacitar os auxiliares de enfermagem e os agentes comunitários e supervisionar, de forma permanente, suas atividades;
- 2) Realizar consulta de enfermagem, abordando fatores de risco, tratamento não-medicamentoso, adesão e possíveis intercorrências ao tratamento, encaminhando o indivíduo ao médico, quando necessário;
- 3) Desenvolver atividades educativas de promoção de saúde com todas as pessoas da comunidade; desenvolver atividades educativas individuais ou em grupo com os pacientes hipertensos;
- 4) Estabelecer, junto à equipe, estratégias que possam favorecer a adesão (grupos de hipertensos e diabéticos);
- 5) Solicitar, durante a consulta de enfermagem, os exames mínimos estabelecidos nos consensos e definidos como possíveis e necessários pelo médico da equipe;
- 6) Repetir a medicação de indivíduos controlados e sem intercorrências;
- 7) Encaminhar para consultas mensais, com o médico da equipe, os indivíduos não-adherentes, de difícil controle e portadores de lesões em órgãos-alvo (cérebro, coração, rins, olhos, vasos, pé diabético, etc.) ou com co-morbidades;
- 8) Encaminhar para consultas trimestrais, com o médico da equipe, os indivíduos que mesmo apresentando controle dos níveis tensionais, sejam portadores de lesões em órgãos-alvo ou co-morbidades;
- 9) Encaminhar para consultas semestrais, com o médico da equipe, os indivíduos controlados e sem sinais de lesões em órgãos-alvo e sem co-morbidades;

### Médico

- 1) Realizar consulta para confirmação diagnóstica, avaliação dos fatores de risco, identificação de possíveis lesões em órgãos-alvo e comorbidades, visando à estratificação do portador de hipertensão;
- 2) Solicitar exames complementares, quando necessário;
- 3) Prescrever tratamento não-medicamentoso;
- 4) Tomar a decisão terapêutica, definindo o início do tratamento medicamentoso;
- 5) Programar, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente;
- 6) 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;
- 7) Perseguir, obstinadamente, os objetivos e metas do tratamento (níveis pressóricos, glicemia pós-prandial, hemoglobina glicada, controle dos lipídeos e do peso).

### Equipe multiprofissional

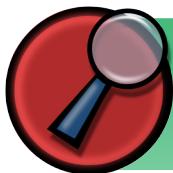
A inserção de outros profissionais, especialmente nutricionistas, assistentes sociais, psicólogos, odontólogos, professores de educação física, é vista como bastante enriquecedora, destacando-se a importância da ação interdisciplinar para a prevenção e controle do DM e da HAS.



Para saber mais, consulte os Cadernos de Atenção Básica sobre Hipertensão Arterial Sistêmica, Ministério da Saúde 2006.

### SAIBA MAIS

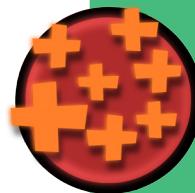
## Critérios de Encaminhamento para referência e contra referência



Os pacientes que apresentarem hipertensão refratária ou suspeita de causas secundárias devem ser encaminhados para a rede de referência e contra referência.

### FIQUE DE OLHO

## Critérios de encaminhamento para unidades de referência



### SAIBA MAIS

- Insuficiência cardíaca congestiva (ICC)
- Insuficiência renal crônica (IRC)
- Angina do peito
- Suspeita de HAS e diabete secundários
- HAS resistente ou grave
- HAS e DM em gestantes
- HAS e DM em crianças e adolescentes
- Edema agudo de pulmão prévio
- complicações oculares
- lesões vasculares das extremidades, incluindo o pé diabético
- AVE prévio com déficit sensitivo e ou motor
- Infarto agudo do miocárdio prévio
- Doenças aneurismática de aorta.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde, Brasília, 2006.

### Referências Bibliográficas

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à saúde. Hipertensão Arterial Sistêmica para o Sistema Único de Saúde, Caderno de Atenção Básica no. 15, Brasília, 2006.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção à Saúde. Prevenção clínica de doenças cardiovascular, cerebrovascular e renal. Caderno de Atenção Básica no. 14, Brasília, 2006.

Cesarino CB, Cipullo JP, Martin JFV, Ciorlia LA, Godoy MRP, Cordeiro JA, Rodrigues IC. Prevalência e fatores sociodemográficos em hipertensos de São José do Rio Preto. Arq Bras Card 2008; 91(1): 31–35.

Documento do Banco Mundial. Enfrentando o desafio das doenças não transmissíveis no Brasil. Relatório No 32576-BR. 15 de novembro de 2005

Lopes, Heno Ferreira; Barreto-Filho, José Augusto S; Riccio, Grazia Maria Guerra. Tratamento não-medicamentoso da hipertensão arterial / Non-pharmacological treatment of hypertension . Rev. Soc. Cardiol. Estado de São Pau- lo;13(1):148-155, 2003.

Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006. In: Saúde Brasil 2008 Ministério da Saúde, Brasília. 2009. p. 337-62.

Malta DC, Moura L, Souza FM, Rocha FM, Fernandes FM. Doenças crônicas não-transmissíveis: mortalidade e fatores de risco no Brasil, 1990 a 2006 in Saúde Brasil 2008. Ministério da Saúde, Brasília. 2009. Pág 337–362.

Marchi-Alves, Leila Maria; Nogueira, Maria Suely; Mendes, Isabel Amélia Costa, Godoy, Simone. Leptina, hipertensão arterial e obesidade: importância das ações de enfermagem. Acta Paul Enferm, 23(2):286-90, 2010.

Ministério da Saúde, Hipertensão Arterial -<http://portal.saude.gov.br>, acesso em 3/9/2012

Passos, Valéria Maria de Azevedo; Assis, Tiago Duarte; Barreto, Sandhi Maria. Hipertensão arterial no Brasil: estimativa de prevalência a partir de estudo de base populacional. Epidemiologia e Serviço de Saúde, 15 (1): 35-45, 2006.

Pereira M, Lunet N, Azevedo A, Barros H. Differences in prevalence, awareness, treatment and control of hypertension between developing and developed countries. J Hypertension 2009; 27(5): 963–975.

Projeto Diretrizes. – Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina-Hipertensão Arterial, abordagem geral, 2002.

Rosário TM, Scala LCNS, França GVA, Pereira MRG, Jardim PCBV. Prevalência,

controle e tratamento da hipertensão arterial sistêmica em Nobres, MT. Arq Bras Card 2009; 93(6): 672–678.

VI Diretrizes Brasileira de Hipertensão Arterial. Revista Brasileira de Hipertensão, 17(1),1-64, 2010.

Williams B. The year in hypertension. JACC 2010; 55(1): 66–73

Kannel WB. Blood pressure as a cardiovascular risk factor: prevention and treatment. JAMA 1996; 273: 1571–1576.

de Oliveira CM, Pereira AC, de Andrade M, Soler JM, Krieger JE. Heritability of cardiovascular risk factors in a Brazilian population: Baependi Heart Study BMC Medical Genetics 2008, 9: 32.

### Lição 3 – Diabetes Mellitus

Augusto Cézar Florêncio Costa

Celeste Aída Nogueira Silveira

Gilvânia Feijó



Nesta lição abordaremos o Diabetes mellitus, de forma a instrumentalizar a equipe de saúde da família para a avaliação desses pacientes e, se for o caso, para encaminhá-los para o especialista.

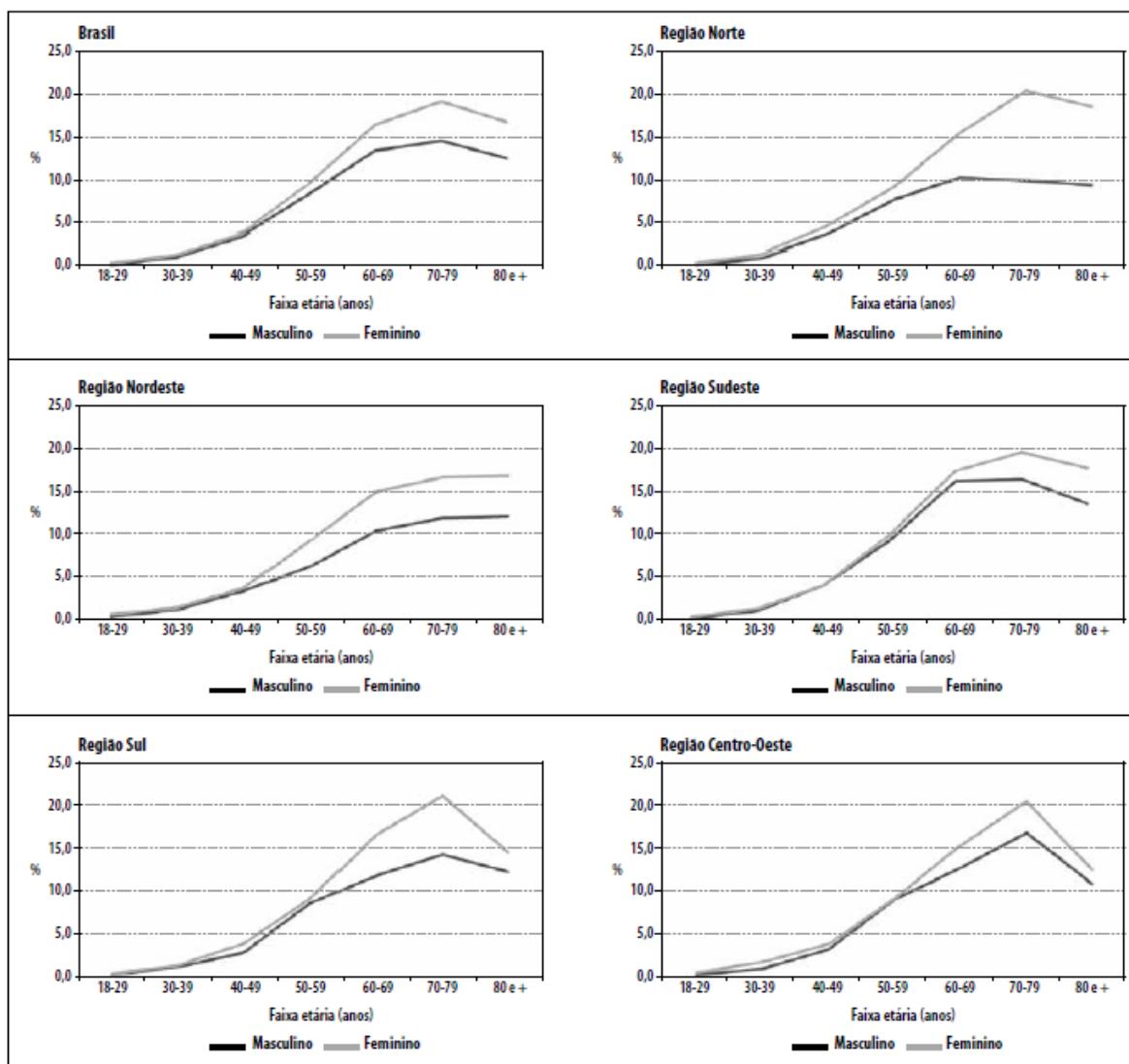
#### Objetivos

- Conceituar e classificar o Diabetes mellitus.
- Conhecer os critérios de diagnóstico do Diabetes mellitus.
- Capacitar os profissionais da atenção básica para o diagnóstico, acompanhamento e tratamento do paciente com Diabetes mellitus.

### Diabetes Mellitus

O Diabetes Mellitus (DM) é uma doença conhecida desde os primórdios da humanidade. Existem relatos da doença desde o Antigo Egito e a denominação da doença é derivada da Antiga Grécia, tendo como significado “Sifão de Mel”.

Atualmente o DM é uma doença de alta prevalência, estimando-se que cerca de 17 milhões de Norte Americanos (prevalência de 8%) tenham a doença. No Brasil estima-se que cerca de 12 milhões (prevalência de 7%) tenham a doença estabelecida ou ainda não diagnosticada, gerando altos custos, principalmente alocados para o tratamento das complicações crônicas. Além do custo financeiro, a doença gera impactos sociais e emocionais importantes, destacando-se então a importância do diagnóstico precoce.

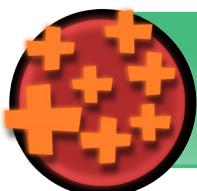


**Figura 1 - Coeficientes de prevalência (%) de diabetes segundo sexo e faixa etária –Brasil e grandes regiões – Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD). Brasil, 2008**



### FIQUE DE OLHO

Estudo com dados da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (Freitas e Garcia, 2012) mostra os coeficientes de prevalência de diabetes, segundo sexo e faixa etária, no Brasil e regiões, em 2008. No Brasil e em todas as regiões, em 2008, a prevalência de diabetes entre mulheres foi maior em comparação com os homens, com maior diferença entre os sexos na região Norte, a partir dos 60 anos. A região Sul apresentou prevalência mais elevada entre as mulheres de 70 a 79 anos, em torno de 21,5%. No entanto, entre os homens da mesma faixa etária, a maior prevalência foi registrada na região Centro-Oeste, em torno de 17,3%. Em ambos os sexos, o diagnóstico da doença se torna mais comum entre indivíduos com idade mais avançada, alcançando menos de 1,0% dos indivíduos entre 18 e 29 anos e mais de 10,0% dos indivíduos com 60 anos de idade e mais.



### SAIBA MAIS

Para saber mais sobre os dados de prevalência do Diabetes no Brasil, consulte o artigo de Freitas e Garcia (2012) disponível na sua biblioteca.

## Classificação etiológica do Diabetes Mellitus

O termo “diabetes mellitus” (DM) refere-se a um transtorno metabólico de etiologias heterogêneas, caracterizado por hiperglicemia e distúrbios no metabolismo de carboidratos, proteínas e gorduras, resultantes de defeitos da secreção e/ou da ação da insulina (WHO, 1999).

A classificação atual do DM baseia-se na etiologia, e não no tipo de tratamento, portanto os termos DM insulinodependente e DM insulinoindipendente devem ser eliminados dessa categoria classificatória. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS) existem quatro classes clínicas do diabetes: DM tipo 1 (DM1), DM tipo 2 (DM2), outros tipos específicos de DM e DM gestacional. Ainda há duas categorias, referidas como pré-diabetes, que são a glicemia de jejum alterada e a tolerância à glicose diminuída. Essas categorias não são entidades clínicas, mas fatores de risco para o desenvolvimento de DM e doenças cardiovasculares.

### ***Diabetes Mellitus Tipo 1 (DM1)***

O DM1, forma presente em 5% a 10% dos casos, é o resultado da destruição de células betapancreáticas com consequente deficiência de insulina. Na maioria dos casos, essa destruição é mediada por processos de autoimunidade. Em alguns casos

não há evidências de processo autoimune. Esses são referidos como forma idiopática de DM1. Como a avaliação dos autoanticorpos não se encontra disponível em todos os centros, a classificação etiológica do DM1 nas subcategorias autoimune e idiopática pode não ser sempre possível.

Além do componente autoimune, o DM1 apresenta intensa associação a determinados genes do sistema antígeno leucocitário humano (HLA). A taxa de destruição das células beta é variável, sendo, em geral, mais rápida entre as crianças. A forma lentamente progressiva ocorre em adultos, sendo referida como diabetes autoimune latente do adulto (LADA - latent autoimmune diabetes in adults).



### Diabetes Mellitus tipo 2

O DM2 é a forma presente em 90% a 95% dos casos e caracteriza-se por defeitos na ação e secreção da insulina. Em geral, ambos os defeitos estão presentes quando a hiperglicemia se manifesta, porém pode haver predomínio de um deles. A maioria dos pacientes com essa forma de DM apresenta sobrepeso ou obesidade, e cetoacidose raramente se desenvolve de modo espontâneo, ocorrendo apenas quando se associa a outras condições como infecções.

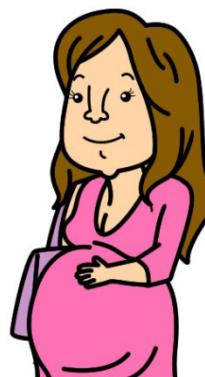
O DM2 pode ocorrer em qualquer idade, mas é geralmente diagnosticado após os 40 anos. Os pacientes não dependem de insulina exógena para sobreviver, porém podem necessitar de tratamento com insulina para obter controle metabólico adequado. Convém destacar que, com a epidemia da obesidade observada atualmente, tanto em países desenvolvidos como naqueles em desenvolvimento, a prevalência da doença vem aumentando exponencialmente e o diagnóstico de DM tipo 2 já não é raro em adolescentes obesos.

### Outros Tipos Específicos de Diabetes

Pertencem a essa classificação formas menos comuns de DM cujos defeitos ou processos causadores podem ser identificados. A apresentação clínica desse grupo é bastante variada e depende da alteração de base. Estão incluídos nessa categoria defeitos genéticos na função das células beta, defeitos genéticos na ação da insulina, doenças do pâncreas exócrino e outras condições.

### Diabetes Mellitus Gestacional

É considerada Diabetes Mellitus Gestacional qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação. Convém destacar que pacientes de alto risco e que na consulta inicial de pré-natal já preenchem os critérios para diabetes fora da gestação serão classificadas não como diabetes gestacional mas como diabetes mellitus. O DM gestacional associa-se tanto à resistência à insulina quanto à diminuição da função das células beta (Kulh, 1991). O DM gestacional ocorre em 1% a 14% de todas as gestações e relaciona-se com aumento de morbidade e mortalidade perinatais.



Deve-se reavaliar pacientes com DM gestacional 4 a 6 semanas após o parto e reclassificá-las como apresentando DM, glicemia de jejum alterada, tolerância à glicose diminuída ou normoglicemia. Na maioria dos casos, há reversão para a tolerância normal após a gravidez, porém essas pacientes apresentam maior risco de desenvolver DM2 dentro de cinco a 16 anos após o parto.

### Manifestações Clínicas

As manifestações clássicas do DM como poliúria (aumento do volume urinário), polidipsia (sede aumentada e aumento da ingestão de líquidos), polifagia (aumento do apetite) e perda de peso somente ocorrem quando a glicemia ultrapassa 200mg/dL. No DM tipo 1, estas manifestações ocorrem de maneira mais precoce, em semanas, devido a destruição aguda das células beta. Geralmente os pais percebem estas manifestações e procuram assistência médica, detectando-se então glicemia geralmente superior a 200mg/dL. A demora do diagnóstico neste cenário é grave, pois a criança ou adolescente pode evoluir para quadro de descompensação metabólica extrema (cetoacidose diabética), potencialmente fatal.

No DM tipo 2, estas manifestações clássicas podem demorar anos para ocorrer, estimando-se por esta razão, que cerca de 1/3 dos diabéticos norte-americanos desconhecem sua condição. Daí decorre a importância do diagnóstico precoce da doença e a prevenção de suas complicações crônicas. Monilíase vulvovaginal de difícil tratamento pode ser manifestação precoce da doença no sexo feminino e eventualmente a doença pode manifestar-se com complicações crônicas, como pé diabético, problema renal ou perda visual.

### Manifestações Orais no Diabetes

Na boca, o sinal clínico do diabetes não diagnosticado ou mal controlado pode incluir queilose, fissuras, ressecamento de mucosas, diminuição do fluxo salivar, dificuldades de cicatrização e alterações na microbiota.

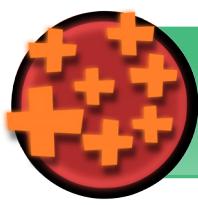
A xerostomia observada com frequência, responsável em parte pela síndrome da ardência bucal e pelo aumento parotídeo, mostrou-se também relacionada com o grau de controle glicêmico. Sua correção pelo uso de substitutos salivares tem sido uma estratégia vantajosa no auxílio ao controle da placa e da genigivite (Montaldo et al, 2010).

Além disso, maiores prevalência e severidade de doenças periodontais são observadas em pacientes diabéticos quando comparados a controles não diabéticos tem sido relatada. Doenças periodontais (DP) compreendem um grupo de condições crônicas inflamatórias induzidas por microorganismos que levam a inflamação gingival, destruição tecidual periodontal e perda óssea alveolar.



**FIQUE DE OLHO**

É consenso que o diabetes mellitus aumenta a suscetibilidade e a severidade da doença periodontal, por prejudicar a função imunocelular, diminuir a síntese e renovação de colágeno e induzir à reabsorção óssea alveolar. A relação entre estas duas doenças parece ser ainda mais íntima, uma vez que a infecção periodontal é capaz de ativar uma resposta inflamatória sistêmica, como evidenciado pelos altos níveis séricos de proteína C reativa e fibrinogênio nesses pacientes. Esse fato ressalta a importância do papel do profissional odontólogo no manejo clínico do paciente diabético.



**SAIBA MAIS**

Para saber mais sobre doença periodontal e diabetes, leia o artigo de Alves e colaboradores disponível na sua biblioteca.

### Diagnóstico

Até o início do século passado o diagnóstico do DM tipo 2 era baseado no fenótipo do paciente, geralmente obeso, que apresentava o quadro clínico clássico de poliúria, polidipsia, polifagia e perda de peso, a identificação indireta da presença de açúcar na urina.

A partir do inicio do século passado, tornou-se disponível a medida de glicemia, sendo então condição sine qua non para o diagnóstico a demonstração de hiperglicemia.

Na segunda década do século passado, em estudos epidemiológicos de populações com alta prevalência da doença (Indios Pima, Arizona-USA), a utilização do teste oral de tolerância à glicose (curva glicêmica ou Teste de Tolerância à Glicose Oral - TTGO) demonstrou resultado bimodal na resposta da glicemia à sobrecarga oral de glicose. Pacientes que apresentavam glicemia de 120 minutos após sobrecarga de glicose iguais ou superiores a 200mg/dL, apresentavam maior risco de desenvolver complicações crônicas da doença e aqueles cuja glicemia de 120' era inferior a 140mg/dL não desenvolviam complicações crônicas da doença. Também a partir de estudos epidemiológicos destas populações, indivíduos com glicemia de jejum igual ou superior a 140mg/dL também apresentavam maior risco de complicações crônicas. Apesar destes dados, os critérios diagnósticos da DM só foram universalizados na década de 70, pela Organização Mundial de Saúde (OMS)/National Diabetes Data Group (NDDG). Estes critérios foram aceitos universalmente, resultando em evidente evolução no estudo epidemiológico da doença.

### Critérios de Diagnóstico da OMS/NDDG

#### OMS/NDDG

- Glicemia Randômica (em qualquer horário)  $\geq 200\text{mg/dL}$  + sintomas clássicos = DM
- Glicemia de Jejum (8horas)  $\geq 140\text{mg/dL}$  = DM
- Glicemia de Jejum  $\leq 120\text{mg/dL}$  = ausência de distúrbio do metabolismo de Carboidratos
- Glicemia de Jejum entre 110 e 139mg/dL = indicada realização de curva glicêmica (TTGO)

Os significados dos resultados da TTGO são listados abaixo:

#### Resultados da TTGO

- Glicemia 120'  $\geq 200\text{mg/dL}$  = DM

- Glicemia 120' entre 140-199mg/dL= Intolerância a glicose
- Glicemia de Jejum  $\leq$  120mg/dL = ausência de distúrbio do metabolismo de Carboidratos
- Glicemia 120'  $<$  140mg/dL = ausência de distúrbio do metabolismo de carboidratos



### FIQUE DE OLHO

O diagnóstico de Intolerância à glicose é relevante do ponto de vista clínico-epidemiológico, já que 5% destes pacientes desenvolverão DM e também pelo fato de ser população com maior risco cardiovascular.

No final da década de 90, a Associação Americana de Diabetes (ADA) sugeriu a revisão destes critérios.

## Segundo a ADA:

### Critérios da ADA

- Glicemia Randômica  $\geq$  200mg/dL+ sintomas clássicos = DM
- Glicemia de Jejum  $\geq$  126mg/dL, confirmada em segunda ocasião, e independente de sintomas = DM
- Glicemia de jejum  $\leq$  99mg/dL = ausência de distúrbio de metabolismo de carboidratos
- Glicemia de Jejum entre 100 e 125mg/dL = intolerância a glicose de jejum ou glicemia de jejum alterada

A ADA sugere, ainda, a não utilização do TTGO como ferramenta diagnóstica na rotina clínica, baseada nos custos do procedimento, na necessidade de pessoal treinado, na baixa reprodutibilidade do exame e em dados que demonstram que mais de 90% dos pacientes que apresentam glicemia de jejum  $\geq$  126mg/dL apresentarão glicemia de 120' no TTGO  $\geq$  200mg/dL.

A diminuição do valor de corte da glicemia de jejum de 140mg/dL para 126mg/dL foi baseada em dados epidemiológicos mais abrangentes que o estudo da OMS/NDDG, que demonstraram que pacientes com glicemia de jejum  $>$  que 125 mg/dL, apresentavam maior risco de complicações crônicas da doença. Estes novos critérios

# Curso de Especialização - Saúde da Família

## Módulo 6- Cuidado Integral à Saúde do Adulto

foram referendados pela OMS, com exceção da realização da curva glicêmica, que continua sendo recomendada pela OMS para pacientes que apresentem glicemia de jejum alterada (100-125 mg/dL).

Em 2010, a ADA sugeriu, ainda, que a Hemoglobina glicada seja utilizada como critério diagnóstico do DM ( $\geq 6,5\%$ ) apesar do custo e das diferentes metodologias para a realização do exame. O principal objetivo destes novos critérios sugeridos pela ADA é aumentar o número de diagnóstico precoce da doença. As figuras 2a e 2b apresentam tabelas com os critérios de diagnóstico da ADA.

Critérios	Comentários
<b>A1C <math>\geq 6,5\%</math></b> = ou =	O teste deve ser realizado através de método rastreável ao método do DCCT e devidamente certificado pelo <i>National Glycohemoglobin Standardization Program</i> (NGSP) ( <a href="http://www.ngsp.org">http://www.ngsp.org</a> ).
<b>Glicemia de jejum <math>\geq 126 \text{ mg/dL}</math></b> = ou =	O período de jejum deve ser definido como ausência de ingestão calórica por pelo menos 8 horas.
<b>Glicemia 2 hs após sobrecarga com 75 g de glicose: <math>\geq 200 \text{ mg/dL}</math></b> = ou =	Em teste oral de tolerância à glicose. Esse teste deverá ser conduzido com a ingestão de uma sobrecarga de 75 g de glicose anidra, dissolvida em água, em todos os indivíduos com glicemia de jejum entre 100 mg/dL e 125 mg/dL.
<b>Glicemia ao acaso <math>\geq 200 \text{ mg/dL}</math></b>	Em pacientes com sintomas clássicos de hiperglicemia, ou em crise hiperglicêmica.
Importante: a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de diabetes. Na ausência de hiperglicemia comprovada, os resultados devem ser confirmados com a repetição dos testes.	
Fonte: American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. <i>Diabetes Care</i> 2011;34(Suppl 1):S11-S61.	

**Figura 2a.** Critérios de Diagnóstico segundo a American Diabetes Association (2011).

Critérios	Comentários
<b>Glicemia de jejum entre 100-125 mg/dL = ou =</b>	Condição anteriormente denominada “glicemia de jejum alterada”.
<b>Glicemia 2 hs após sobrecarga com 75 g de glicose: de 140-199 mg/dL = ou =</b>	Em teste oral de tolerância à glicose. Condição anteriormente denominada “tolerância diminuída à glicose”.
<b>A1C entre 5,7% e 6,4%</b>	De acordo com recomendação recente para o uso da A1C no diagnóstico do diabetes e do pré-diabetes.
<p><b>Importante:</b> a positividade de qualquer um dos parâmetros diagnósticos descritos confirma o diagnóstico de pré-diabetes.</p>	
<p>Fonte: American Diabetes Association. Standards of medical Care in Diabetes – 2011. <i>Diabetes Care</i>. 2011;34(Suppl 1):S11-S61.</p>	

**Figura 2b.** Critérios de Diagnóstico segundo a American Diabetes Association (2011).

## Tratamento do DM tipo 2

### Orientação Nutricional e Atividade Física

A ciência tem evidenciado que a terapia nutricional é fundamental na prevenção, tratamento e gerenciamento do DM. A terapia nutricional em diabetes tem como alvo o bom estado nutricional, saúde fisiológica e qualidade de vida do indivíduo, bem como prevenir e tratar complicações a curto e a longo prazo e comorbidades associadas (WHO, 2003). O acompanhamento nutricional favorece o controle glicêmico promovendo redução de 1% a 2% nos níveis de hemoglobina glicada, independentemente do tipo de diabetes e tempo de diagnóstico.

A base do tratamento e prevenção do DM tipo 2 diagnosticado precocemente (paciente assintomático) consiste na mudança de estilo de vida. Como 80 a 90% dos pacientes apresentam sobre peso ou obesidade, a perda de 5 a 10% do peso corporal constitui uma das metas do tratamento do DM 2, o que resulta em melhoria da resistência insulínica, defeito básico da doença. A segunda meta consiste na restrição da ingestão de carboidratos de rápida absorção intestinal (açúcar comum e todos os alimentos que o contenham). Carboidratos complexos como o amido (presentes no arroz, macarrão, batata, dentre outros) não são proibidos, porém a ingestão excessiva resulta em ganho de peso. Os açúcares presentes em frutas naturais também são permitidos. A terceira meta consiste na prática regular de atividade física de modera-

da intensidade (caminhada, por exemplo), 150 minutos por semana, o que também resulta em melhora da resistência insulínica. A Associação Americana de Diabetes sugere também o tratamento farmacológico com metformina, conduta de tratamento ainda não consensual entre os profissionais. As metas de controle do DM tipo 2 são mostradas na figura 3.

Parâmetro	Metas laboratoriais		
	Metas terapêuticas	Níveis toleráveis	
Hemoglobina glicada (A1C).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• &lt;7% em adultos.</li> <li>• &lt;8% em idosos.</li> <li>• &lt;8,5% de 0 a 6 anos.</li> <li>• &lt;8% de 6 a 12 anos.</li> <li>• &lt;7,5% de 13 a 19.</li> <li>• &lt;6,0 na gravidez.</li> </ul>	As metas devem ser individualizadas de acordo com: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Duração do diabetes.</li> <li>• Idade/expectativa de vida.</li> <li>• Comorbidades.</li> <li>• Doença cardiovascular.</li> <li>• Complicações microvasculares.</li> <li>• Hipoglicemia não percebida.</li> </ul>	
Glicemia de jejum	<100 mg/dL.	-	
Glicemia pré-prandial	<110 mg/dL.	Até 130 mg/dL.	
Glicemia pós-prandial	<140 mg/dL.	Até 160 mg/dL.	

Adaptado de: 1. Grupo Interdisciplinar de Padronização da Hemoglobina Glicada – A1C. Atualização sobre Hemoglobina Glicada (A1C) para Avaliação do Controle Glicêmico e para o Diagnóstico do Diabetes: Aspectos Clínicos e Laboratoriais. Posicionamento Oficial 3ª Edição. SBD – SBEM – SBPC/ML – FENAD, janeiro de 2009. 2. American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2011. *Diabetes Care* 34(Suppl 1):S11-S61, 2011.

**Figura 3.** Metas de controle do Diabetes Mellitus Tipo 2, segundo a ADA (2011)



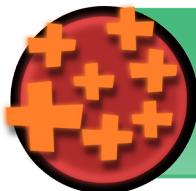
Especificamente em relação ao exercício físico, existem evidências consistentes dos efeitos benéficos do exercício na prevenção e no tratamento do diabetes mellitus (DM), principalmente nos grupos de maior risco, como os obesos.

Por outro lado, sabemos que diabéticos apresentam menor condição aeróbica, menos força muscular e menos flexibilidade do que seus pares da mesma idade e sexo sem a doença. As alterações metabólicas e a menor capilarização tipicamente observada nos diabéticos podem justificar esses achados.

O exercício físico atua de forma específica sobre a resistência insulínica, independentemente do peso corporal. Dessa forma, o exercício físico é um importante aliado, atuando sobre o controle glicêmico e sobre outros fatores de comorbidade, como a hipertensão e a dislipidemia, e reduzindo o risco cardiovascular.

Os princípios gerais da prescrição de exercício devem ser seguidos respeitando-se as particularidades da doença de base. Convém destacar também, que os pacientes que se exercitam devem ser avaliados periodicamente procurando minimizar complicações. O teste de esforço está indicado a pacientes diabéticos que queiram iniciar um programa de exercício de moderada a alta intensidade.

O maior risco na prática de exercício em diabéticos é a hipoglicemia, que pode ocorrer durante, logo depois ou horas após o final da atividade. A hipoglicemia é mais frequente em diabético dependente de insulina.



### SAIBA MAIS

Para saber mais sobre atividade física e diabetes, consulte as Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes, disponível em sua biblioteca.



### FIQUE DE OLHO

Com as mudanças de estilo de vida sugeridas, obtém-se controle metabólico adequado na maioria dos pacientes, sem necessidade de tratamento farmacológico. Após 3 meses, devem ser dosadas a glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada para certificar-se do controle metabólico adequado.

## Tratamento Medicamentoso

Não sendo atingidas as metas de controle, está indicado o tratamento farmacológico. A droga de primeira escolha no tratamento do DM tipo 2 é a metformina (eficácia, segurança e custo), disponível gratuitamente no serviço público. *The United Kingdom Prospective Diabetes Study Group* (1998) também demonstrou ser a metformina a única droga que diminui risco cardiovascular no DM tipo 2. A metformina melhora a resistência insulínica por mecanismos não completamente compreendidos e não causa hipoglicemia. Seus efeitos colaterais mais comuns são gastrointestinais (náuseas, dor abdominal e diarreia). Atualmente é disponível a metformina de liberação prolongada, que apresenta como vantagens poder ser administrada em dose única diária e apresentar menos efeitos colaterais.

A segunda classe de drogas mais comumente utilizadas no tratamento do DM tipo 2 são as sulfonilureias, que atuam estimulando diretamente a secreção de insulina pelas células beta. Os efeitos colaterais mais comuns são o ganho de peso e hipoglicemia. Essa classe pode ser utilizada em associação com a metformina.

Existem atualmente novas drogas para o tratamento do DM tipo 2, não disponíveis no serviço público e de custo relativamente elevado. Dentre elas, as glitazonas,

os inibidores da dipeptidilpeptidase IV (DPP-IV) e os agonistas de GLP-I (Glucagon-like peptide 1). Apresentam eficácia semelhante a metformina e sulfonilureias e podem ser a elas associadas, mas devido ao custo e segurança são drogas de terceira linha no tratamento do DM tipo 2. Eventualmente, pacientes com longo tempo de doença podem necessitar de insulinização.



### FIQUE DE OLHO

Deve-se ressaltar que o controle metabólico estrito da doença é fundamental para a prevenção das suas complicações crônicas. Assim, a cada 4 meses, deve-se realizar a avaliação do controle metabólico através da glicemia de jejum, glicemia pós-prandial e hemoglobina glicada, lembrando-se que os sintomas clássicos da doença só ocorrem com glicemia superior a 200 mg/dL.

## Complicações Crônicas do Diabetes

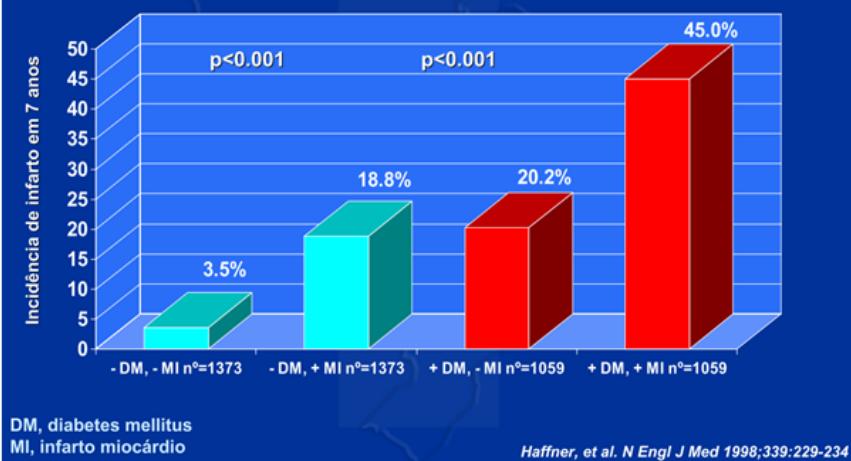
A incidência das complicações crônicas do diabetes está diretamente relacionada ao controle metabólico da doença. A avaliação clínica consiste no questionamento da acuidade visual (retinopatia diabética), a presença de dor em queimação ou parestesia de extremidades (neuropatia diabética), a presença de urina espumosa (nefropatia diabética) e a palpação dos pulsos arteriais periféricos. Todos os pacientes com DM tipo 2 devem ser submetidos a avaliação cardiológica anualmente e, também com a mesma frequência, realizar exame de fundo de olho, lipidograma e avaliação da função renal (uréia, creatinina, depuração de creatinina e microalbuminúria de 24 horas). Na presença de quaisquer complicações crônicas o paciente deverá ser encaminhado ao especialista adequado.

## Aspectos Epidemiológicos do DM Tipo 2

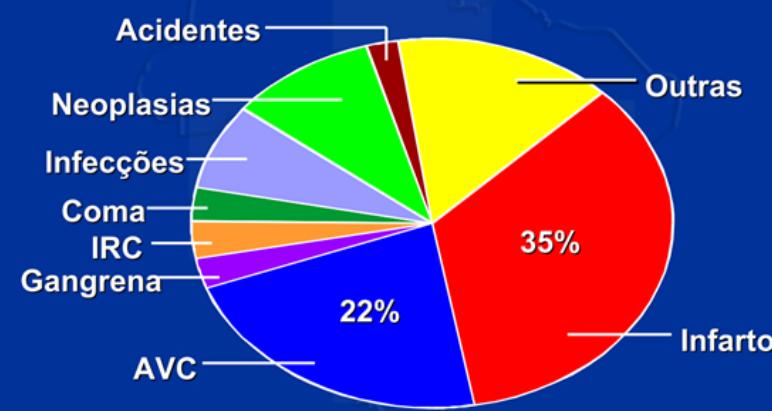
### Diabetes e Morbidade

-  Primeira causa de **cegueira adquirida**
-  Primeira causa de ingresso nos programas de **diálise** no primeiro mundo e entre as 3 causas mais freqüentes na América Latina
-  Importante determinante de **amputações** de MMII
-  Entre os principais fatores de **risco cardiovascular**

### Diabetes e Incidência de Coronariopatia



### Causas de morte no Diabetes



**Figura 4.** Aspectos Epidemiológicos do Diabetes Tipo 2. Fonte: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula\\_diabetes\\_mellitus.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula_diabetes_mellitus.pdf)

### Paciente Diabético e o Papel da Atenção Básica

A consulta de avaliação inicial de pessoas com diagnóstico de DM será realizada pelo médico da Atenção Básica. Nesta consulta, o profissional precisará identificar os fatores de risco, avaliar as condições de saúde, estratificar, se necessário, o risco cardiovascular da pessoa, e orientar quanto à prevenção e ao manejo de complicações crônicas. A consulta médica deverá incluir quatro aspectos fundamentais: história da pessoa, exame físico, avaliação laboratorial e estratificação do risco cardiovascular.

#### **História Clínica**

A figura abaixo resume os principais aspectos da história clínica do paciente diabético

- **Identificação:** sexo, idade, raça e condição socioeconômica.
- **História atual:** duração conhecida do DM e controle glicêmico; sintomas (polidipsia, poliúria, polifagia, emagrecimento, astenia, prurido vulvar ou balanopostite, diminuição brusca da acuidade visual, infecções frequentes), apresentação inicial e evolução dos sintomas, estado atual.
- **Investigação sobre diversos aparelhos e fatores de risco:** dislipidemia, tabagismo, sobrepeso e obesidade, sedentarismo, perda de peso, características do sono, função sexual, dificuldades respiratórias. Queixas sobre infecções dentárias, da pele, de pés e do aparelho genito-urinário; úlcera de extremidades, parestesias, distúrbios visuais.
- **História pregressa:** infarto agudo do miocárdio (IAM) ou acidente vascular cerebral (AVC) prévios; intercorrências metabólicas anteriores (cetoacidose, hiper ou hipoglicemias etc.); passado cirúrgico e história gestacional.
- **História familiar:** de diabetes mellitus (pais, filhos e irmãos), doença cardiovascular e outras endocrinopatias.
- **Perfil psicossocial:** hábitos de vida (incluindo uso de álcool e outras drogas), condições de moradia, trabalho, identificação de vulnerabilidades, como analfabetismo e déficit cognitivo, potencial para autocuidado, rede de apoio familiar, entre outros.
- **Avaliação de consumo alimentar:** incluindo o consumo de doces e açúcar, sal, gordura saturada e cafeína.
- **Medicações em uso:** uso de medicações que alteram a glicemia (tiazídicos, betabloqueadores, corticosteroides, contraceptivos hormonais orais, por exemplo); tratamentos prévios e resultados.
- **Prática de atividade física.**

**Figura 5.** Aspectos relevantes da história clínica da pessoa diabética (Brasil, 2013)

#### **Exame Físico**

O exame físico da pessoa com DM é muito importante. Ele tem objetivo de detectar complicações da doença e identificar outras condições que, associadas, aumentam a morbimortalidade e influenciam no tratamento.

A figura abaixo apresenta os aspectos relevantes do exame físico do paciente diabético.

- **Medidas antropométricas:** obtenção de peso e altura para cálculo do índice de massa corporal (IMC) e aferição da cintura abdominal (CA). Veja mais sobre medidas antropométricas em *Cadernos de Atenção Básica, nº 38 – Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica – Obesidade*.
- **Exame da cavidade oral:** atenção para a presença de gengivite, problemas odontológicos e candidíase.
- **Medida da PA e frequência cardíaca:** duas medidas de PA, separadas por, pelo menos, um minuto, com paciente em posição sentada.
- **Pescoço:** palpação de tireoide (quando DM tipo 1).
- **Ausculta cardíaca e pulmonar.**
- **Exame dos pés:** lesões cutâneas (infecções bacterianas ou fúngicas), estado das unhas, calos e deformidades. Avaliação dos pulsos arteriais periféricos e edema de membros inferiores; exame neurológico sumário. Leia mais sobre o exame e cuidados com os pés no Capítulo 5 deste Caderno.
- **Exame de fundo do olho.**

**Figura 6.** Aspectos relevantes do exame físico do paciente diabético (Brasil, 2013)

### **Avaliação com Exames Complementares**

O elenco de exames mostrados na figura 7 é necessário para o atendimento inicial e acompanhamento da pessoa com DM. A periodicidade destes exames dependerá do acompanhamento individual de cada paciente, considerando o alto risco cardiovascular para a pessoa com DM, o controle metabólico, as metas de cuidado e as complicações existentes.

- Glicemia de jejum e HbA1C.
- Colesterol total (CT), HDL e triglicerídeos (TG).
  - o A fração LDL pode ser calculada utilizando-se a fórmula de Friedewald:  $LDL = CT - HDL - TG/5$  (para triglicerídeos abaixo de 400 mg/dL).
- Creatinina sérica.
- Exame de urina tipo 1 e, se necessário, microalbuminúria ou relação albumina/creatinina.
- Fundoscopia.

**Figura 7.** Rotina complementar mínima para o paciente com diabetes (Brasil 2013)

Também podem ser solicitados exames para avaliação cardiológica, conforme necessidade individual, como eletrocardiograma (ECG). Avaliação adicional para identificação de doença coronariana está indicada apenas nos pacientes com sintomas cardíacos típicos ou atípicos e quando ECG de repouso alterado (ADA, 2012).

Sugere-se que os exames de glicemia de jejum e HbA1C sejam realizados duas vezes ao ano, nas situações em que a pessoa encontra-se dentro da meta glicêmica estabelecida e, a cada três meses, se acima da meta pactuada. Os demais exames poderão ser solicitados uma vez ao ano, considerando sempre as necessidades da pessoa e os protocolos locais.

### Atendimento ao Paciente Diabético na Atenção Básica

A programação do atendimento para tratamento e acompanhamento das pessoas com DM na Atenção Básica deverá ser realizada de acordo com as necessidades gerais previstas no cuidado integral e longitudinal do diabetes, incluindo o apoio para mudança de estilo de vida, o controle metabólico e a prevenção das complicações (Brasil, 2013).

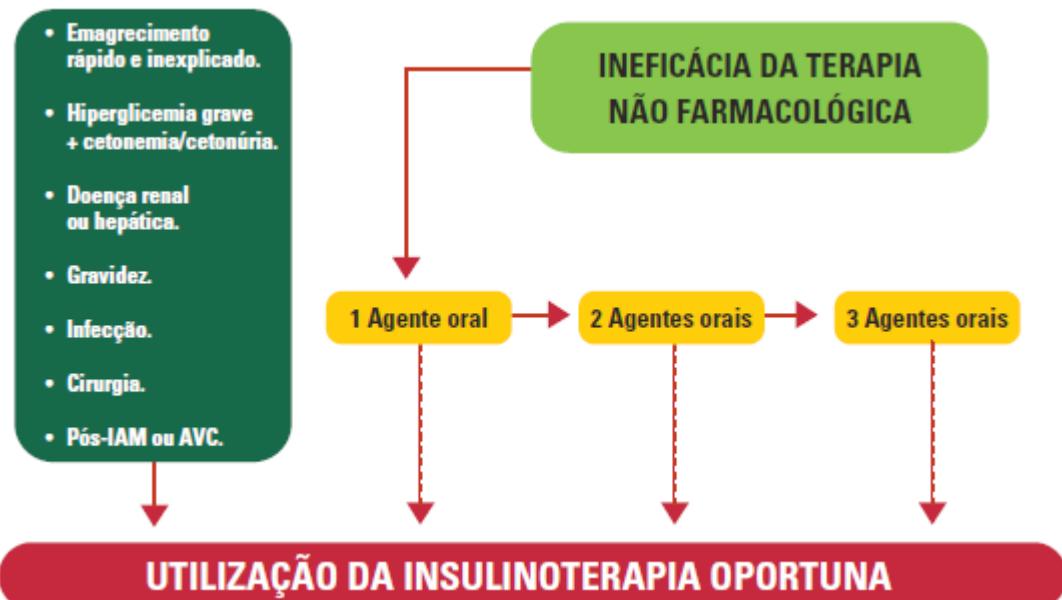
Como dito anteriormente, o tratamento do diabetes mellitus (DM) tipo 2 consiste na adoção de hábitos de vida saudáveis, como uma alimentação equilibrada, prática regular de atividade física, moderação no uso de álcool e abandono do tabagismo, acrescido ou não do tratamento farmacológico. Estes hábitos de vida saudáveis são a base do tratamento do diabetes, e possuem uma importância fundamental no controle glicêmico, além de atuarem no controle de outros fatores de risco para doenças cardiovasculares.

O manejo clínico da insulinização no DM tipo 2, com aporte de múltiplas doses diárias, deve ser prioritariamente realizado na Unidade Básica de Saúde (UBS), mas pode ser realizado em um ambulatório de especialidade em casos específicos, ou com apoio matricial, se for necessário.

Quando a combinação de drogas orais com ou sem agonistas de GLP1 não for eficaz, deve-se iniciar de forma oportuna a insulinoterapia no manejo do paciente com DM tipo 2, obedecendo a um processo de reposição de forma progressiva com base na evolução dos resultados.

A insulinoterapia no DM2 deve ser intensificada de forma progressiva e adequada, para facilitar a adesão e evitar fenômenos hipoglicêmicos que no início pode ser uma barreira para alcançar o bom controle metabólico.

Na verdade, a insulinoterapia oportuna pode ser necessária a qualquer tempo durante a evolução natural do DM2, sempre que se constatar um descontrole glicêmico acentuado com o tratamento em vigor. Algumas condições clínicas já requerem o tratamento insulínico desde o diagnóstico. A figura abaixo mostra um esquema didático sobre a insulinização no DM2.



**Figura 8.** Esquema para insulinização no Diabetes Tipo 2. Fonte: Algoritmo para o Tratamento do Diabetes Tipo 2 – Sociedade Brasileira de Diabetes (2011), disponível em sua biblioteca



Para saber mais, consulte o Caderno de Atenção Básica – Diabetes, disponível na sua biblioteca e também no endereço:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias\\_cuidado\\_pessoa\\_diabetes\\_mellitus\\_cab36.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf)

## Insulinoterapia no Diabetes Tipo 1

A pessoa com DM tipo 1, apesar de geralmente ser acompanhada pela Atenção Especializada, também deve ter seu cuidado garantido na Atenção Básica. É essencial que a equipe conheça essa população e mantenha a comunicação constante com os demais níveis de atenção (Brasil, 2013).

O uso de insulina é imprescindível no tratamento do DM1 e deve ser instituído assim que o diagnóstico for realizado. O clássico estudo prospectivo *Diabetes Control and Complications Trial* (DCCT) demonstrou que o tratamento intensivo do DM1, com três ou mais doses diárias de insulina de ações diferentes, é eficaz em reduzir a frequência de complicações crônicas do DM.

O tratamento intensivo pode ser realizado com a aplicação de múltiplas doses de insulina com diferentes tipos de ação, com seringa, caneta ou sistema de infusão contínua de insulina. O tratamento com múltiplas doses de insulina tornou-se bastante prático após o surgimento dos aplicadores portáteis, hoje apresentadas em vários modelos, até mesmo com possibilidade de usar doses fracionadas de insulina.

Existem atualmente no mercado diferentes insulinas e análogos de insulina com diferentes perfis farmacocinéticos. As insulinas disponíveis na rede pública são a NPH (*Neutral Protamine Hagedorn*) e a insulina regular (cristalina). O esquema clássico de tratamento do DM tipo 1 com insulina NPH consiste na dose inicial de 0,5 a 0,7 UI/ kg, fracionando-se a dose total em 2/3 pela manhã e 1/3 à noite, em intervalo de 12 horas.

### Considerações Finais

Cabe à equipe de atenção básica auxiliar os pacientes com DM a manejarem adequadamente a sua doença, reduzir o aparecimento das complicações agudas e crônicas e melhorar a qualidade de vida dos mesmos.

O ajuste do esquema terapêutico deve ser realizado de acordo com as glicemias capilares, que devem ser realizadas pelo menos 3 vezes ao dia. Ressaltamos que o tratamento de outras comorbidades comumente associadas à doença (obesidade, hipertensão arterial, dislipidemia e tabagismo) não deve ser omitido, pois também contribuem para maior incidência das complicações crônicas.

### Referências Bibliográficas

Augusto Costa ET AL. Análise dos critérios diagnósticos dos distúrbios de metabolismo de glicose e variáveis associadas à resistência insulínica. Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial, v. 39, n. 2, 125-130, 2003.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013.

bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/aula\_diabetes\_mellitus.pdf. Acessado em 25/05/2012.

Diretrizes para o tratamento do DM tipo 2. Sociedade Brasileira de Diabetes, 2011. WWW.diabetes.org.br. Acessado em 24/05/2012.

Expert Committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Report of the expert committee on the diagnosis and classification of Diabetes Mellitus. Diabetes Care, 20: 1183-97, 1997.

Freitas, L. R. S & Garcia, L. P. Evolução da prevalência do diabetes e deste associado à hipertensão arterial no Brasil: análise da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios, 1998, 2003 e 2008. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 21(1):7-19, jan-mar 2012.

Kuhl C. Insulin secretion and insulin resistance in pregnancy and GDM: implications for diagnosis and management. Diabetes. 1991; 40:18.

Montaldo L, Montaldo P, Papa A, Caramico N, Toro G. Effects of saliva substitutes on oral status in patients with Type 2 diabetes. *Diabet Med.* 2010 Nov; 27(11):1280-3.

National Diabetes Data Group. Classification and diagnosis of Diabetes Mellitus and other categories of glucose intolerance. *Diabetes*, 28:1039-57, 1979.

The Diabetes Control and Complications Trial. *New England Journal of Medicine*, 329(14), September 30, 1993.

UK Prospective Diabetes Study 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* 352: 854-865, 1998.

World Health Organization (WHO). Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a joint FAO/WHO Expert Consultation. Geneva: Technical Report Series 916, 2003.

World Health Organization (WHO). Definition, diagnosis and classification of diabetes mellitus and its complications. Part 1: diagnosis and classification of diabetes mellitus. Geneva: WHO, 1999.

### Lição 4 – Saúde do Homem

Gilvânia Feijó



### Apresentação

Os agravos relacionados ao sexo masculino constituem verdadeiros problemas de saúde pública. Esse módulo apresentará alguns aspectos da realidade singular masculina nos seus diversos contextos socioculturais e político-econômicos com vistas a contribuir com o aumento da expectativa de vida e a redução dos índices de morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis nessa população.

A lição se propõe a evidenciar os principais fatores de morbimortalidade e os determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade da população masculina aos agravos à saúde, considerando que representações sociais sobre a masculinidade vigente comprometem o acesso à atenção integral, bem como repercutem de modo crítico na vulnerabilidade dessa população a situações de violência e de risco para a saúde.

Serão abordados aspectos referentes à violência, causas de morbidade e mortalidade, situações de privação de liberdade, alcoolismo e tabagismo.

### Objetivos Pedagógicos

- Discutir os principais fatores de morbimortalidade e determinantes sociais que resultam na vulnerabilidade masculina aos agravos à saúde;
- Desenvolver habilidades para acolher, atender e encaminhar os homens que buscam a atenção básica;
- Compreender as causas da baixa adesão dos homens às medidas de atenção integral;
- Discutir o papel da equipe de saúde da família na atenção ao homem.

### O Homem e sua Saúde

O reconhecimento de que os homens adentram o sistema de saúde por meio da atenção especializada tem como consequência o agravo da morbidade pelo retardamento na atenção e maior custo para o SUS. É necessário fortalecer e qualificar a atenção primária garantindo, assim, a promoção da saúde e a prevenção aos agravos evitáveis nessa população.



### FIQUE DE OLHO

Vários estudos comparativos têm mostrado que os homens são mais vulneráveis às doenças, sobretudo às enfermidades graves e crônicas, e que morrem mais precocemente que as mulheres (Nardi *et al*, 2007). Uma das causas dessa maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, repousa na dificuldade que os homens têm em buscar os serviços de atenção básica (Figueiredo, 2005). Além disso, os homens não realizam as medidas de prevenção primária. Também em relação a tratamentos crônicos ou de longa duração, os homens, em geral, tem menor adesão que as mulheres. A necessidade de modificação de hábitos de vida é normalmente responsável por esse comportamento. Isso também é válido para ações de promoção e prevenção.

As causas da baixa adesão podem ser agrupadas em dois grupos principais de determinantes, que se estruturam como barreiras entre o homem e os serviços e ações de saúde (Gomes *et al*, 2007) a saber: barreiras socioculturais e barreiras institucionais.

Grande parte da não adesão às medidas de atenção integral, por parte do homem, decorre das variáveis culturais. Os estereótipos de gênero, enraizados há séculos em nossa cultura patriarcal, potencializam práticas baseadas em crenças e valores do que é ser masculino. Nesse sentido a doença é considerada como um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à sua condição biológica. Disso decorre a negligência com a própria saúde e a maior exposição do homem a situações de risco.



Adicionalmente as estratégias de comunicação no Brasil têm historicamente privilegiado as ações de saúde para a criança, o adolescente, a mulher e o idoso.

Além das percepções centradas no que seria próprio do comportamento dos sujeitos do sexo masculino, questões relativas ao serviço de saúde também dificultam o acesso do homem ao serviço de saúde. Considerando o papel historicamente atribuído ao homem de ser responsável pelo sustento da família, normalmente o horário de funcionamento dos serviços de saúde coincide com o da atividade laboral do homem. Entretanto há de se destacar que grande parte das mulheres faz hoje parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho, e nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Ainda que o conceito de masculinidade venha sendo atualmente contestado, a concepção ainda prevalente de uma masculinidade hegemônica é o eixo estruturante pela não procura aos serviços de saúde. Dessa forma, a compreensão das barreiras socioculturais e institucionais é extremamente importante para a melhoria do acesso dos homens nos serviços de atenção básica, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos fundamentais de intervenção.

A ausência de programas específicos para o homem e a identidade masculina relacionada a seu processo de socialização, pode ser um dos principais fatores que nos levam aos indicadores atuais da saúde, tendo como principais causas de morte masculina, as doenças cardiovasculares e as neoplasias malignas (Figueiredo, 2005), as quais com a realização de exames periódicos de prevenção podem ser evitadas diagnosticadas precocemente e tratadas adequada e oportunamente.

A maioria dos problemas de saúde que acometem os homens poderia ser evitada com a realização de medidas de prevenção primária, mas o grupo do gênero masculino resiste em procurar os serviços de saúde e somente adentra o sistema por meio da atenção especializada, em casos de urgência e emergência.

Dessa forma, cabe aqui uma reflexão, quais estratégias podem ser consideradas pelos serviços para um melhor acolhimento das necessidades em saúde dos homens. Nesse sentido, uma primeira questão a ser debatida, para que a rede de atenção básica amplie seu foco de atenção também para a população masculina, diz respeito à identificação das necessidades de saúde dos homens.

Abaixo abordaremos algumas das situações vinculadas à saúde do homem que demandam ações da atenção básica no âmbito da prevenção, promoção e acompanhamento.

## **Violência**



A violência é um fenômeno difuso, complexo, multicausal, com raízes em fatores sociais, culturais, políticos, econômicos, psicológicos e biológicos, que envolve práticas em diferentes níveis.

O homem é mais vulnerável à violência, seja como autor, seja como vítima. Os homens adolescentes e jovens são os que mais sofrem lesões e traumas devido a agressões, e as agressões sofridas são mais graves e demandam maior tempo de internação, em relação à sofrida pelas mulheres (Souza, 2005).



O Ministério da Saúde realizou em 2008 um estudo sobre o “perfil das vítimas de acidentes e violências” no país, apontando que os homens são os que mais geram atendimentos nas urgências e emergências do Sistema Único de Saúde.

Determinados processos de socialização têm o potencial de envolver os homens em episódios de violência. Segundo Méllo e Medrado-Dantas (2008), “os homens são socializados para reprimir suas emoções, sendo a agressividade, e inclusive a violência física, formas socialmente aceitas como marcas ou provas de masculinidade”. Dessa forma, a agressividade está biologicamente associada ao sexo masculino e, em grande parte, vinculada ao uso abusivo de álcool, de drogas ilícitas e ao acesso as armas de fogo.



A integralidade na atenção à saúde do homem implica na visão sistêmica sobre o processo da violência, requerendo a consideração crítica dos fatores que vulnerabilizam o homem à autoria da violência, a fim de intervir preventivamente sobre as suas causas, e não apenas em sua reparação.

A banalização ou naturalização quer da violência do espaço público (violência da sociabilidade) quer a doméstica faz com que comportamentos violentos nem sejam percebidos como tais, sendo, portanto imprescindível abordar a questão do comportamento violento de modo explícito e direto, quer se trate de violência entre homens, ou contra as mulheres.

Por fim, ressaltamos que consideramos extremamente necessário que sejam desenvolvidas ações voltadas para a promoção de saúde que contribuam para mudar a situação singular dos homens. Ações estas que possam intervir, no sentido de prevenir, e ao mesmo tempo questionar amplamente as rígidas noções que cotidianamente nos habituamos a materializar em nossos relacionamentos, ou seja, que possam desnaturalizar a implicação existente entre homem e agressividade.

### **População privada de liberdade**



A população carcerária no Brasil, como no resto do mundo, é formada basicamente por jovens, pobres, homens com baixo nível de escolaridade. “Pesquisas sobre o sistema prisional indicam que mais da metade dos presos tem menos de trinta anos; 95% são pobres, 95% são do sexo masculino e dois terços não completaram o primeiro grau (cerca de 12% são analfabetos).

A grave situação em que se encontram as pessoas privadas de liberdade, refletida, dentre outros fatores, nas práticas de violência, na precariedade de espaço físico e na carência do atendimento à saúde, é uma realidade no Brasil.

Historicamente, a questão da atenção à saúde da população que se encontra em unidades prisionais no Brasil tem sido feita sob ótica reducionista, na medida em que as ações desenvolvidas limitam-se àquelas voltadas para DST/aids, redução de danos associados ao uso abusivo de álcool e outras drogas e imunizações, apesar dos altos índices de tuberculose, pneumonias, dermatoses, transtornos mentais, hepatites, traumas, diarréias infecciosas, além de outros agravos prevalentes na população brasileira, observados no âmbito dessas instituições.

A necessidade de implementação de uma política pública de inclusão social que atente para a promoção dos direitos humanos das pessoas privadas de liberdade aponta para a importância da reorientação do modelo assistencial, a fim de atender às carências manifestadas por essa população. Nesse sentido, em 2010 foi instituído o Plano Nacional de Saúde no Sistema Penitenciário. A proposta é que as equipes de saúde, compostas por médico, odontólogo, enfermeiro, psicólogo, assistente social, e auxiliar/técnico de enfermagem, atuem dentro dos presídios.

A política é baseada na premissa de que as pessoas presas, qualquer que seja a natureza de sua transgressão, mantêm todos os direitos fundamentais a que têm direito todas as pessoas humanas, e principalmente o direito de gozar dos mais elevados padrões de saúde física e mental. As pessoas estão privadas de liberdade e não dos direitos humanos inerentes à sua cidadania.

Nesse sentido são diretrizes estratégicas do Plano Nacional de Saúde do Sistema Penitenciário:

- Prestar assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade às necessidades de saúde da população penitenciária;
- Contribuir para o controle e/ou redução dos agravos mais freqüentes que acometem a população penitenciária;
- Definir e implementar ações e serviços consoantes com os princípios e diretrizes do SUS;
- Proporcionar o estabelecimento de parcerias por meio do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- Contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;

- Provocar o reconhecimento da saúde como um direito da cidadania;
- Estimular o efetivo exercício do controle social.

### Alcoolismo e Tabagismo



O consumo de álcool na sociedade contemporânea é visto predominantemente de forma positiva, o que dificulta o reconhecimento de determinados padrões de consumo como doença e, ao mesmo tempo, a mobilização de profissionais de saúde para diminuir índices de problemas decorrentes do uso do álcool.

O termo alcoolismo surgiu em 1849 e uma de suas primeiras definições, com Magnus Huss, que o definiu como “o conjunto de manifestações patológicas do sistema nervoso, nas esferas psíquica, sensitiva e motora”, observadas nos sujeitos que consumiam bebidas alcoólicas de forma contínua e excessiva, durante longo tempo. Mais tarde a definição de alcoolismo foi reestruturada e o comportamento do alcoólico passou a ser classificado como doença, o que gerou uma noção de repercussão negativa e social (Jellinek, 1960).

Segundo a Organização Mundial de Saúde (2004) o alcoolista é “um bebedor excessivo, cuja dependência em relação ao álcool é acompanhada de perturbações mentais, da saúde física, da relação com os outros e do comportamento social e econômico”.

O alcoolismo é uma doença que afeta bilhões de pessoas em todo o mundo. Segundo dados do relatório elaborado pela Organização Mundial de Saúde (OMS), divulgados em 2011, quase 4% dos óbitos globalmente é devido ao alcoolismo, superando o número de mortos por HIV/AIDS e tuberculose.

Com base em dados do Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM) do Ministério da Saúde, um estudo realizado pela Confederação Nacional dos Municí-

pios (CNM) aponta mais de 40 mil óbitos causados diretamente por substâncias psicoativas no Brasil, entre os anos de 2006 e 2010, sendo o álcool responsável por 85% dessas mortes.

Também conhecida como síndrome da dependência do álcool, a doença afeta milhões de brasileiros, sendo um problema de saúde pública que, segundo dados do Ministério da Saúde em 2004, implica gastos de mais de 140 milhões de reais para o Governo. Estima-se que mais de 20 milhões de pessoas possuam a doença em todo o país, o equivalente a mais de 10% da população,



Para saber mais sobre os padrões de Consumo de álcool da população brasileira leia o Levantamento feito pelo Ministério da Saúde em 2007, disponível na sua biblioteca ou no endereço:

[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio\\_padroes\\_consumo\\_alcool.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/relatorio_padroes_consumo_alcool.pdf)

## Sinais e Sintomas relacionados ao uso agudo e crônico de álcool

Segundo Dubowski (1985), os indivíduos alcoolizados são portadores de um conjunto de sinais comuns, entre os quais se destacam:

- rubor e edema moderado da face;
- edemas das pálpebras;
- olhos lacrimejantes;
- eritrose palmar;
- hálito alcoólico;
- falta de coordenação motora;
- vertigens e desequilíbrio;
- suores;
- tremor fino nas extremidades.

Outros sinais relacionados ao consumo crônico e excessivo incluem cãibras musculares, vômitos matinais, dores abdominais, taquicardia e tosse crônica. São comuns também alguns sintomas psíquicos, tais como: ansiedade, humor depressivo, irritabilidade, insônias ou pesadelos. Quanto aos sintomas psicológicos, caracterizam-se três elementos principais: a alteração do comportamento face ao álcool, a perda de controle e o desejo intenso de consumi-lo.

A perda de controle é um dos principais fenômenos da dependência. O desejo obsessivo e intenso de consumir o álcool (*craving*) é outro fenômeno da dependência, isto é, o indivíduo alcoolizado nunca está satisfeito com a quantidade consumida, o que o faz encontrar inúmeros motivos para consumir mais bebidas alcoólicas.

### Classificação da Dependência Alcoólica

Cloninger (1987) considera **alcoolismo tipo I** como o alcoolismo decorrente do meio, a forma mais frequente, com equivalente frequência em ambos os sexos, início após os 20 anos de idade, progressão lenta e fatores ligados ao meio e à genética. Já o **alcoolismo tipo II** foi definido como o alcoolismo exclusivamente masculino, com início antes dos 20 anos de idade, progressão rápida para a dependência, alterações do comportamento durante as fases de intoxicação e impulsividade de comportamentos e de comunicação, mas com menor influência dos fatores de risco genéticos e do meio.

Babor (1992) classifica como **alcoolismo tipo A** como aquele de início após os 20 anos de idade, evolução lenta, com menor frequência de psicopatologia associada, melhor prognóstico e menor frequência das perturbações e dos fatores de risco na infância. Já o **tipo B** foi classificado como aquele de início antes dos 20 anos de idade, com maior frequência de alcoolismo familiar, dependência mais grave, maior frequência de associação com outras drogas e co-morbidade psicopatológica e maior influência dos fatores de risco na infância, como comportamentos agressivos e impulsividade.

Finalmente, a classificação de Jellinek (1952), que define o alcoolismo como qualquer comportamento alcoólico que cause algum dano ao indivíduo, à sociedade ou a ambos, faz a distinção entre alcoolismo e comportamentos alcoólicos, na qual o alcoolismo passa por vários níveis, considerando o processo de doença e os seus sintomas.

Utilizando letras do alfabeto grego, Jellinek (1960) classificou os níveis de alcoolismo em:

- **alcoolismo alfa:** definido como alcoolismo social, no qual o álcool é utilizado como fator desinibitório das relações interpessoais e os sintomas são pura e exclusivamente físicos, ou seja, decorrentes da intoxicação. Nesse tipo, não se coloca em questão a perda de controle, nem a dificuldade para manter abstinência.
- **alcoolismo beta:** tipo de alcoolismo em que as complicações físicas são maiores (p.ex., gastrites e hepatites) e podem persistir mesmo que não haja dependência física ou psicológica;
- **alcoolismo gama:** espécie de alcoolismo em que existe um aumento de tolerância ao álcool, adaptação ao metabolismo do

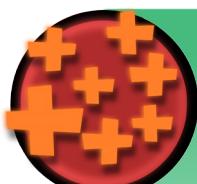
álcool, *craving* e perda de controle sobre o consumo. Nessa categoria, estão os alcoolistas crônicos;

- **alcoolismo delta:** espécie de alcoolismo que reúne as três primeiras características do tipo gama, mas com incapacidade de manter abstinência no lugar da perda de controle;
- **alcoolismo épsilon:** considerado alcoolismo periódico no indivíduo que, após intervalos de discreta interrupção, volta a beber por dias seguidos, apresentando perda de controle e desenvolvimento de severa dependência psicológica.



### FIQUE DE OLHO

Ressalte-se que essa classificação não foi construída como uma graduação. Ao contrário, foi concebida muito mais para indicar os problemas sociais e terapêuticos específicos de cada tipo. A necessidade de tratamento, no entanto, não depende do tipo de alcoolismo, sendo estabelecida de acordo com os aspectos individuais e sociais do dependente.



### SAIBA MAIS

Para saber mais, consulte o documento no endereço:

[http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/  
alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf](http://www.cisa.org.br/UserFiles/File/alcoolesuasconsequencias-pt-cap3.pdf)

## Atenção à Saúde do Usuário de Álcool

A partir da década de 2000, as políticas públicas de drogas brasileiras têm-se apresentado permeáveis ao enfoque da redução de danos, favorecendo o delineamento de um modelo de atenção de usuários de álcool e outras drogas orientado por esse enfoque.

O tratamento orientado pela lógica da redução de danos é descrito como de “baixa exigência”, por não exigir dos usuários a abstinência como um pré-requisito obrigatório, o que não significa, todavia, que o enfoque da redução de danos contrapõe à abstinência como um resultado ideal ao tratamento (MacMaster, 2004). Ao invés de estabelecer a abstinência como única meta aceitável da prevenção e do tratamento, a redução de danos concilia o estabelecimento de metas intermediárias.

O foco desta abordagem está na adoção de estratégias para minimizar os danos sociais e à saúde relacionados ao consumo de drogas, mesmo que a intervenção não produza uma diminuição imediata do consumo. A atenção centra-se nas necessidades sociais de saúde do usuário, que precisa ser engajado de forma respeitosa no delineamento das metas para o tratamento buscado (Tammi, 2007).

# Curso de Especialização - Saúde da Família

## Módulo 6- Cuidado Integral à Saúde do Adulto

As experiências em redução de danos nos países que têm assumido este enfoque na revisão de suas políticas públicas de drogas evidenciam a diversidade de intervenções possíveis para diminuir os danos que o uso de drogas pode acarretar ao usuário, a sua família e a comunidade em que vive 8.



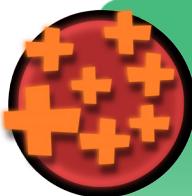
### FIQUE DE OLHO

Entretanto cabe destacar que os caminhos percorridos por cada país para a construção de um modelo de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas terão processos históricos singulares.

No Brasil, a nova legislação sobre drogas – (Lei nº. 11.343/2006) apresenta alguns avanços reveladores de um posicionamento político mais moderado em relação às drogas. Se por um lado as atividades de repressão à produção não autorizada e ao tráfico ilícito de drogas são acentuadas, com definição de novos crimes correlatos e o aumento das penalidades previstas; por outro lado, distingue a condição de usuários e dependentes de drogas e aborda, de forma mais extensiva que as leis anteriores, as atividades de prevenção ao uso indevido, atenção à saúde e reinserção social.

Nessa mesma direção a Política Nacional sobre Drogas (2004) se orienta para a redução da oferta (ações de prevenção e repressão ao tráfico de drogas ilícitas), a redução da demanda de drogas (prevenção, tratamento, recuperação e reinserção social) e a redução de danos. A política tem como objetivo implantar e colocar em prática uma rede de assistência a indivíduos com transtornos decorrentes do consumo de substâncias psicoativas. Admite-se que o tratamento, recuperação e reinserção social devem resultar da configuração de uma rede assistencial integrada e articulada, constituída por instituições governamentais e não governamentais do setor saúde e da assistência social: unidade básica de saúde, ambulatórios, Centro de Atenção Psicossocial, CAPsad, comunidades terapêuticas, grupos de auto-ajuda e ajuda mútua, hospitais gerais e psiquiátricos, hospital-dia, serviços de emergência, corpo de bombeiros, clínicas especializadas, casas de apoio e convivência e moradias assistidas.

Espera-se que as atividades de prevenção do uso indevido de drogas sejam orientadas para a redução dos fatores de vulnerabilidade e risco e para a promoção e o fortalecimento dos fatores de proteção. Deve-se buscar atividades de atenção aos usuários e dependentes de drogas e suas famílias que objetivam a melhoria da qualidade de vida e a redução dos riscos e danos associados ao uso de drogas. A integração ou reintegração dos sujeitos nas redes sociais deve ser buscada para a reinserção social destes sujeitos



### SAIBA MAIS

Para saber mais, leia o artigo “Modelos de atenção à saúde de usuários de álcool e outras drogas: discursos políticos, saberes e práticas” disponível na sua biblioteca ou no endereço: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/02.pdf>

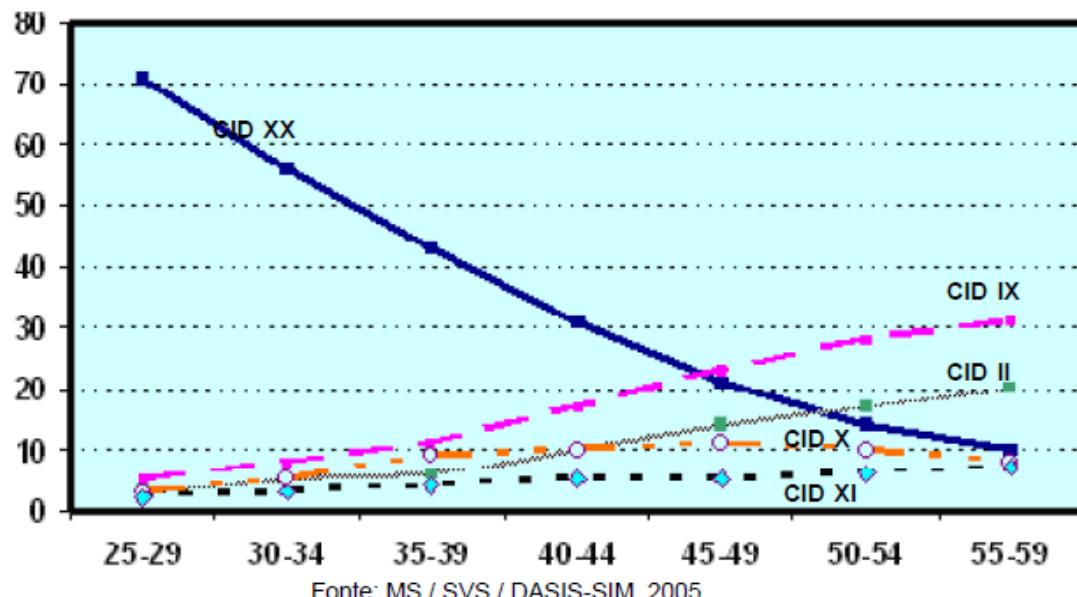
## Indicadores de Mortalidade

As estatísticas referentes à população masculina apontam para maiores taxas de mortalidade e uma consequente menor expectativa de vida - os homens vivem 7,6 anos menos que as mulheres.

As principais causas de morte no sexo masculino são as doenças do aparelho circulatório, seguidas das neoplasias e das causas externas. Entretanto, o panorama é diverso quando se desagrega os dados por causas específicas e por faixa etária. Entre homens jovens (15-29 anos) as causas externas são as predominantes (76% dos óbitos totais nessa idade), com destaque para as agressões e os acidentes de transporte. Na faixa intermediária (30-59 anos) a distribuição das causas é mais homogênea, preponderando causas externas e doenças do aparelho circulatório. Entre os idosos, as doenças do aparelho circulatório são responsáveis por mais de um terço das mortes.

Há de se chamar atenção que, as Causas Externas de mortalidade, embora apresentem uma alta incidência nas faixas etárias mais jovens (dos 25 aos 40 anos), são quantitativamente superadas pelas Doenças do Aparelho Circulatório a partir dos 45 anos, e pelos Tumores a partir dos 50 anos, conforme demonstrado na Figura 1

*Gráfico 3 – Percentagem de óbitos de acordo com as causas mais freqüentes dos diferentes grupos etários da população alvo*



**Figura 1.** Causas de morte no sexo masculino por faixa etária (XX – Causas Externas, IX – Doenças do Aparelho Circulatório, II – Tumores, XI – Doenças do Aparelho Digestivo, X – Doenças do Aparelho Respiratório. (Fonte: Política Nacional de Atenção ao Homem, 2008)

Os tumores que incidem com maior frequência na faixa etária dos 25 - 59 anos são oriundos dos aparelhos digestivo (43,2%), respiratório e urinário.

No contexto geral das 10 neoplasias malignas que mais frequentemente causaram a morte, logo após o câncer de pulmão, traqueia e brônquios, aparece o câncer de próstata (Figura 2).

<b>Traquéia, brônquios, pulmão</b>	<b>12. 005</b>
Próstata	10. 214
Estômago	8. 124
Esôfago	5. 022
Boca e faringe	4. 684
Colon, reto, anus	3. 840
Fígado e vias biliares	3. 418
Sistema Nervoso Central	3. 404
Pâncreas	2. 858
Laringe	2. 789

**Figura 2.** Neoplasias que mais causaram morte em 2005. Fonte: MS/SVS/DASIS – SIM, 2005)

Em relação à ocorrência, o câncer de próstata é o mais frequente, só superado pelo câncer de pele não melanoma (Figura 3)

<b>Localização Primária da Neoplasia Maligna</b>	<b>Nº de casos</b>
Pele Não Melanoma	55.890
<b>Próstata</b>	<b>49.530</b>
Traquéia, Brônquio e Pulmão	17.810
Estômago	14.080
Côlon e Reto	12.490
Cavidade Oral	10.380
Esôfago	7.900
Leucemias	5.220
Pele Melanoma	2.950
Outras localizações	55.610

**Figura 3.** Incidência Projetada para 2008 dos tumores malignos. Fonte: INCA – Incidência do Câncer no Brasil. Estimativa 2008.

### Câncer de Próstata

Cabe aqui uma observação importante sobre o câncer de próstata. Trata-se de uma neoplasia de evolução muito lenta, de modo que a mortalidade poderá ser evitada quando o processo é diagnosticado e tratado precocemente.

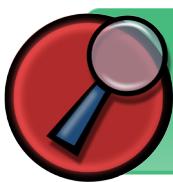


Em relação aos fatores de risco a idade e a presença de testosterona no sangue são os fatores de risco mais importantes para o seu desenvolvimento. Nos casos hereditários, o câncer manifesta-se mais precocemente, muitas vezes antes dos 50 anos.



#### ATENÇÃO!

Entende-se por prevenção precoce do câncer da próstata o rastreamento de homens assintomáticos por meio da realização do toque retal e pela dosagem do PSA.



#### FIQUE DE OLHO

O Instituto Nacional de Câncer (INCA) recomenda que o controle do câncer da próstata seja baseado em ações educativas voltadas à população masculina.

Homens acima de 50 anos, deverão procurar uma unidade ambulatorial para uma avaliação anual (INCA, 2008).

A dificuldade da prevenção prende-se a diversos fatores como a falta de informação da população, que mantém algumas crenças ultrapassadas e negativas sobre o câncer e seu prognóstico; o preconceito contra o câncer e contra o exame preventivo, principalmente o toque retal; a inexistência de um exame específico e sensível que possa detectar em fase microscópica e a falta de rotinas abrangentes programadas no serviço de saúde públicas e privadas que favorece a detecção do câncer, inclusive o da próstata (Lefort, 2004).

Um alegado preconceito cultural tenta explicar porque a maioria dos homens resiste ao exame, mas todos os que já submeteram ao toque aceitam repetí-lo sem restrição. Em outras palavras, o problema talvez não seja cultural ou psicológico, mas apenas o medo infundado de possível dor. (Srougi & Varaschin, 1997).

O diagnóstico do câncer da próstata é feito pelo exame clínico (toque retal) e pela dosagem do antígeno prostático específico (PSA, sigla em inglês), que podem sugerir a existência da doença e indicarem a realização de ultrassonografia pélvica (ou prostática transretal, se disponível). Esta ultrassonografia, por sua vez, poderá mostrar a necessidade de se realizar a biópsia prostática transretal. A escolha do tratamento mais adequado deve ser individualizada e definida após discutir os riscos e benefícios do tratamento com o médico.

### **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH)**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem foi lançada em 2009 com o propósito de facilitar e ampliar o acesso da população masculina aos serviços de saúde. A política tem como diretriz básica a promoção de ações de saúde que contribuam para a compreensão da realidade masculina em contextos socioculturais e político-econômicos, integrando as necessidades da população masculina às demais políticas da Rede de Atenção à Saúde (RAS).

A política tem como princípios — definidos com base nas diretrizes do Pacto pela Saúde 2006 e publicados em 2008, respeitando a autonomia e as competências das três esferas de governo — a humanização e a qualidade na atenção integral à saúde, o que implica promoção, reconhecimento e respeito à ética e aos direitos do homem, obedecendo às suas peculiaridades socioculturais. Para cumprir esses princípios, foram considerados alguns elementos, como acesso da população masculina aos serviços de saúde em diferentes níveis de atenção, informações e orientação à população masculina, aos familiares e à comunidade sobre promoção, prevenção e tratamento dos agravos e das enfermidades do homem, capacitação técnica dos profissionais de saúde para o atendimento desse grupo e disponibilidade de insumos, equipamentos e materiais educativos.

### **Considerações Finais**

A estruturação de políticas de saúde voltada à prevenção e promoção da saúde masculina, promovendo uma conscientização dos riscos e suscetibilidade do sexo masculino às doenças, aliadas à criação de programas específicos para essa clientela na Atenção Primária de Saúde certamente contribuirá para a redução da morbi-mortalidade masculina.

### **Referências**

Babor TF, Hofmann M, DelBoca FK et al. Types alcoholics. 1. Evidence for an empirically derived tipology based on indicators of vulnerability and severity. *Arch Gen Psych*, 1992. 49(8):599-608.

Cloninger CR. Asystematic method for clinical description and classification of personality variations. A proposd. *Arch Gen Psych*, 1987;44(6):573-88.

DANTAS, Benedito Medrado; MÉLLO, Ricardo Pimentel. Posicionamentos críticos e éticos sobre a violência contra as mulheres. *Psicol. Soc.*, Porto Alegre, v. 20, n. esp, 2008.

Dubowski KM. Absorption, distribution and elimination of alcohol: highway safety aspects. *J Stud on Alcohol* 1985; (Suppl.10):98-108.

FIGUEIREDO W. Assistência à saúde dos homens: um desafio para os serviços de atenção primária. *Ciênc. Saúde Coletiva* 2005; 10:105-9

GOMES R, NASCIMENTO EF, ARAÚJO FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad. Saúde Pública* vol.23 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2007.

INCA – Instituto Nacional do Câncer Artigos; Para o leigo - Câncer de Próstata; 2008. Jellinek EM. Phases of alcohol addiction. *Q J Stud* 1952; 13(4):673-84.

Jellinek EM. The disease concept of alcoholism. New Brunswick: Hillhouse Press, 1960.

MacMaster SA. Harm reduction: a new perspective on substance abuse services. *Soc Work* 2004; 49:356-63.

NARDI A, GLINA S, FAVORITO LA. Primeiro Estudo Epidemiológico sobre Câncer de Pênis no Brasil, *International Braz J Urol*, v. 33, p. 1-7, 2007.

Tammi T, Hurme T. How the harm reduction movement contrasts itself against punitive prohibition. *Int J Drug Policy* 2007; 18:84-7.

World Health Organization – WHO. Global status report on alcohol. Genebra: WHO, 2004.

