

VIGILÂNCIA NA PERSPECTIVA DO CUIDAR, NO CONTEXTO DAS DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS: PRIORIDADE PARA O ENFRENTAMENTO NO PROCESSO DA EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE NAS FAMÍLIAS.

SALEMA, Ana Paula Cerqueira Mendes¹; FREIRE, Leticia do Nascimento¹; GONÇALVES, Sebastião Jorge da Cunha²; SANTOS, Margarida Maria Donato dos²; CARREIRO, Mônica de Almeida²; RODRIGUES Lilia Marques Simões².

letnf@yahoo.com.br;anapaula.salema@hotmail.com;sjcunha@uol.com.br;familiadonato@terra.com.br;
monica.carreiro@hotmail.com; liliastrodrigues21@gmail.com.

UNIVERSIDADE SEVERINO SOMBRA – USS

CURSO DE ENFERMAGEM

ALUNOS¹ e ² PROFESSORES

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE VASSOURAS

UNIDADE DE ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA JOSÉ FERREIRA DE SOUZA

RESUMO: Trata-se de um recorte do projeto de atividade de extensão comunitária, nas comunidades do bairro matadouro e conjunto habitacional, do município de Vassouras-RJ, em parceria com a Unidade de Estratégia Saúde da Família José Ferreira de Souza –SMSV). Relatamos uma breve discussão das vigilâncias das doenças crônicas não transmissíveis (DCNT), e o processo de educação para a saúde na assistência domiciliar à família, realizado pelos estudantes de enfermagem, que se dá em processo contínuo e efetivo, no período de 2015.2 até 2016.1. Os objetivos partiram da necessidade de criar novas formas de intervenções, de adesão e prevenção mais efetivas na promoção e prevenção das DCNT, de acordo com a realidade dos indivíduos, famílias e comunidades.

Justifica-se o estudo, as altas taxas de internações hospitalares por DCNT no período de 2015. Os dados apresentados nos chamaram atenção, já que atuamos em parceria com a equipe de saúde desses dois territórios e pelo número de pessoas portadoras de DCNT. As comunidades estudadas apresentam fatores de risco alto, difícil acesso ao serviço de saúde, população de poder socioeconômico baixo, condições de moradia precária, dieta alimentar rica em carboidratos, gorduras e pobre em verduras, legumes e frutas. Quanto atividade física na comunidade não existe um programa para estimular as crianças, adolescentes, adultos jovens e idosos. O que nos levou a eleger e atuar nas áreas, vivenciando e provocando nos acadêmicos reflexão e discussões das competências e habilidades no processo de vigilância das DCNT, envolvendo as famílias, norteando-as no processo de mudanças de hábitos de vida efetivamente no seu dia-dia de acordo com sua realidade social, econômica, cultural e educativa.

O município de Vassouras, localizado na região centro sul do Estado do Rio de Janeiro, possui população de 35,432 habitantes. A rede de saúde pública 14 Unidades de Estratégia Saúde da Família, com 100% de cobertura territorial e populacional, 02 Hospitais Gerais, 01

Policlínica, 01 CAPs, 01 Centro de Vigilância em Saúde, SAMU e Polo para atendimento aos pacientes portadores de H.A.S. e D.M.

Como uma rede organizada as taxas de internações por doenças hipertensivas no período de 2015 ficaram em 39,5. A taxa de internações por doenças isquêmica do coração 177,8. A taxa de internações por insuficiência cardíaca 217,3. A taxa de internações doenças cerebrovasculares 434,6. A taxa de internações por acidentes vasculares cerebral 279,4. A taxa de internações por doenças crônicas ã transmissíveis 1.761,1.

No Brasil as DCNT são também a principal causa de mortalidade. Em 2009, após correções para causas mal definidas e sub-registro, responderam por 72,4% do total de óbitos. As quatro doenças – doenças cardiovasculares, neoplasias, doenças respiratórias crônicas e diabetes – responderam por 80,7% dos óbitos por doenças crônicas (Schmidt, Duncan, Azevedo, Menezes, Monteiro, Barreto, 2011).

No caso do Brasil as dificuldades em lidar com essas doenças têm um desafio a mais: a dimensão continental do País para implementar programas abrangentes para DCNT.

A partir dos últimos anos da década de 1990 e neste início do século 21, a prevenção para DCNT, em especial das cardiovasculares, vem sendo preocupação de várias organizações internacionais, enfatizando os chamados países do Terceiro Mundo (WHO, 2002, 2003; Nissinen *et al.*, 2001). Bilhões de pessoas estão vivendo mais, enquanto as doenças cardiovasculares parecem novamente em ascensão (Mitka, 2004).

A identificação da pandemia das doenças cardiovasculares (Reddy & Yusuf, 1998; Magnus & Beaglehole, 2001; Beaglehole & Yach, 2003) em torno de 1997 foi a primeira, de uma série de outras esperadas.

A epidemia já ocorre em vários dos países emergentes, com perspectivas reais de pandemia. Epidemias e pandemias de DCNT, associadas à crescente longevidade da população de países emergentes, determinam graves consequências sociais, pois são países despreparados para deter a carga de doença que prevalecerá nas próximas décadas (Yach *et al.*, 2004).

A OMS mostra também que cerca de 80% dos óbitos por DCNT ocorreram em países de baixa ou média renda, com 29% dos óbitos em adultos com menos de 60 anos, enquanto naqueles de alta renda esse percentual era de apenas 13%. (World, 2010) O impacto socioeconômico das DCNT está ameaçando o progresso das Metas de Desenvolvimento do Milênio, incluindo a redução da pobreza, a equidade, a estabilidade econômica e a segurança humana, podendo atuar como um freio no próprio desenvolvimento econômico das nações (World, 2010)

Considerando, que os quatro grupos de doenças – cardiovasculares, câncer, doença respiratória crônica e diabetes – responderam pela grande maioria desses óbitos. Sua preponderância nas causas de mortalidade globalmente e o compartilhamento de seus fatores de risco com os de outras doenças crônicas nortearam a formulação de estratégias preventivas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) em 2005 para o enfrentamento das DCNT, (World, 2005).

Entendemos que é uma excelente oportunidade para refletir não apenas sobre o seu desenvolvimento teórico-conceitual, mas, sobretudo, sistematizar tendências da sua produção de trabalhos que possam contribuir com a vigilância das DCNTs, e com a formação de ensino-serviço-família-comunidade, entendendo o processo familiar no contexto social, cultural, econômico, religioso e espiritual. É também necessário produzir, a curto prazo, dados primários metodologicamente padronizados com enfoque para fatores de risco, culturais e educacionais.

As atividades de educação em saúde são conduzidas, muitas vezes, de acordo como o programa da ocasião ou a epidemia em pauta, sem preocupação com a integralidade no próprio processo educativo com o indivíduo a família ou com uma continuidade, neste processo as ações de intervenção devem ter conexão junto à comunidade que trabalhando sua autonomia e conscientização. A postura dos familiares diante das orientações sobre hábitos de vida mais saudáveis, identificamos fatores que intervêm no processo educativo, dos quais a baixa escolaridade, baixa estima e pouca perspectiva de vida.

Como estudante somos disseminador do saber científico, sendo assim, promovemos as famílias acesso a informação e ao saber. Durante o processo de trabalho discutimos a forma com que os profissionais usam “do autoritarismo daquelas relações educativas, onde as dúvidas das famílias eram respondidas de forma normativa e simplificada”. Os objetivos: descrever a experiência vivenciada pelos estudantes na realização da vigilância das DCNT das visitas domiciliares e identificar e classificar os fatores de riscos e proteção e prevenção para as doenças crônicas.

Material e Método: Trata-se de um estudo descritivo de relato de experiência vivenciado pelos alunos nas visitas domiciliares, de 57 famílias cadastradas, 228 pessoas de idades variável assistidas pelo projeto, no período de 2015.2 e 2016.2. A coleta de dados e relatos para pesquisa utilizamos informações registradas nos prontuários exclusivo do projeto de cada família, e prontuários da Estratégia Saúde da Família (ESF) do território onde atuamos. Em princípio identificamos com clareza no que queremos vigiar/acompanhar e monitorar, são cinco questões que podem ajudar nas respostas e decisões no processo. a) Identificar o que vigiar? b) Que lugar? c) Como acompanhar? Como monitorar? d) Como medir?

Discussão: Descrever as discussões das vigilância das DCNT através de relato de experiência no processo de educação para a saúde na assistência domiciliar às famílias, é um desafio para os estudantes. Nessa perspectiva ecossocial as relações sociais, políticas e econômicas nas quais o indivíduo, família e comunidade estão inseridos também corroboram com os condicionantes comportamentais relacionados à saúde.

Resultados: aguardando parecer da equipe de DCNT da SES-RJ.

Referências:

ASSIS, MARLUCE MARIA ARAÚJO AND JESUS, WASHINGTON LUIZ ABREU DE. *ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE: ABORDAGENS, CONCEITOS, POLÍTICAS E MODELO DE ANÁLISE. CIÊNC. SAÚDE COLETIVA*. 2016, VOL.17, N.11.

- ALWAN A, Maclean DR, Riley LM, d'Espaignet ET, Mathers CD, Stevens GA, et al. *Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. Lancet.* 2010.
- MAGNUS P & Beaghole R 2001. *The real contribution of the major risk factors to the coronary epidemics: time to end "only 50%" myth. Archives of Internal Medicine* 161:2657-2660.
- MITKA M 2004. *Heart disease: a global health threat. Journal of the American Medical Association* 291:2533.
- NISSINEN A, Berrios X & Puska P 2001. *Community-based non-communicable disease interventions: lessons from developed countries for developing ones. Bulletin World Health Organization* 29(10):963-970.
- REDDY KS & Yusuf S 1998. *Emerging epidemic of cardiovascular disease in developing countries. Circulation* 97: 596-601.
- SCHMIDT MI, Duncan BB, Azevedo e Silva G, Menezes AM, Monteiro CA, Barreto SM, et al. *Chronic noncommunicable diseases in Brazil: burden and current challenges. Lancet.* 2011.
- WORLD Health Organization. *Preventing chronic diseases: a vital investment.* Geneva; 2005. Disponível em: http://www.who.int/chp/chronic_disease_report/full_report.pdf
- WORLD Health Organization. *Global status report on noncommunicable diseases* 2010. Geneva; 2011. Disponível em: www.who.int/nmh/publications/ncd_report_full_en.pdf
- WORLD Health Organization 2002. *II Global Forum on Non-communicable Diseases Prevention and Control*, convened in Shanghai, China 2002. WHO, Geneva.
- WORLD Health Organization 2003. *III Global Forum on Non-communicable Diseases Prevention and Control.* Rio de Janeiro, Brazil.
- WORLD Health Organization 2003. *Global Forum on NDC Prevention and Control. Rotating International Visitors program.* Report 5 - 9 oct 2003, Isfaham, Islamic Republic of Iran.
- YATCH D, Hawkes C, Gould CL & Hoffman KJ 2004. *Global burden of chronic diseases. Overcoming impediments to prevention and control. Journal of the American Medical Association* 291:2616-2622.