

Rede de atenção: saúde do adulto

Apresentação

Este curso pretende discutir a Atenção à Saúde do Adulto na perspectiva da Estratégia Saúde da Família na Atenção Primária à Saúde, o que implica pensar no adulto além de sua idade cronológica, nos seus diversos contextos e relações pessoais, socioculturais e político-econômicos. Então, quem é o adulto?

Os mais variáveis termos são encontrados como sinônimos e definem determinada fase da vida do ser humano: adulez, adultado, adultilidade, adultescência, andragogia, maturescência, antroplelescência (SOUZA, 2007, *on-line*).

É provável que você, quando jovem, tenha idealizado essa etapa do ciclo como o momento pleno para a realização de suas fantasias e sonhos. Também como um período de responsabilidade e autonomia plena de seus atos, emprego, independência financeira, entre outras possibilidades agradáveis. Na verdade, o adulto é um ser humano que vivencia, no seu dia a dia, tudo isso e muito mais. Junto com as gratificações, o reconhecimento, o sucesso e as alegrias, o adulto enfrenta numerosas dificuldades em sua jornada existencial e apresenta momentos de instabilidades no seu modo de ser e de viver. Entre altos e baixos, homens e mulheres seguem os percalços da existência que lhes são impostos pela vida para alcançar esse momento idealizado e almejado pela juventude.

A idade adulta, longe de ser um período de gozo da aprendizagem, de equilíbrio e de estabilidade emocional, é composta de inúmeras situações que levam uma pessoa a agir, a pensar e a decidir de diferentes modos [...] (SILVA, 2004, *on-line*).

Ser adulto é ser capaz de vivenciar na sociedade momentos de escolhas, decisões, de construir e desfazer laços afetivos, de estabilidade e instabilidade na vida profissional, financeira e familiar, profissionalizar-se, tornar-se um ser estruturado, agir por si só, sofrer várias pressões sociais e viver de acordo com as normas sociais que ora o oprime e ora o liberta.

Para Sousa (2007), existe mais de uma categoria de adulto e ela cita três:

- na primeira estão aqueles que se comportam como pessoa equilibrada e estável;
- na segunda, são sujeitos em desenvolvimento, em atitude de experimentação, de progressão, de formulação de desejos e concretização de projetos, com etapas a percorrer e objetivos a cumprir;
- na terceira categoria, estão os adultos que têm de lidar com o imprevisto, o risco, a exclusão, a desestabilização e a inexistência de quadros de referência.

A faixa etária que determina o ser adulto depende da cultura. Em algumas culturas africanas, adultos são todos os maiores de 13 anos, mas a maior parte das civilizações enquadra essa idade como adolescência.

Neste texto, considera-se adulta a pessoa na faixa etária dos 18 aos 60 anos, tomando-se como referência o Estatuto da Criança e do Adolescente, que considera o fim da adolescência aos 18 anos, e o Estatuto do Idoso, que define a pessoa como idosa aquela que tem 60 anos ou mais (BRASIL, 1990; BRASIL, 2003).

Para Silva (2004), a vida adulta compreende três períodos:

- adulto jovem, para a faixa etária entre 18 e 21 anos;
- adulto, para a faixa etária de 21 aos 45 anos; e
- meia-idade, para as pessoas que possuem idade entre 45 e 60 anos.

Em cada uma dessas faixas etárias, homens e mulheres têm experiências diferentes que vão desde uma fase intermediária, de adolescência para idade adulta, em que estão em processo de construção da vida afetiva, profissional e financeira, ao próprio processo de maturidade.

Adquirida a estabilidade, ocorre a consolidação profissional no mercado de trabalho, definição do relacionamento afetivo, constituição de família, revisão do modo de vida e mudanças de valores. Por volta dos 30 anos, os adultos sentem necessidade de levar a vida mais seriamente, fazendo uma reavaliação da vida que até então levaram. A vida adulta é “deixada aparentemente nas suas antigas certezas, como idade sem problemas, uma vez definida como idade de referência” para todas as outras fases de vida (SOUSA, 2007). É importante lembrar que, como em outras fases anteriores, os homens e as mulheres se adaptam de maneira diferente a cada etapa da vida adulta.

Com o aumento da esperança de vida, a fase de vida adulta ocupa cerca de 50% do total do percurso de vida de cada pessoa. Esse fato gera a necessidade de estudar esse adulto que tem pela frente diversos caminhos a percorrer, muitas decisões a tomar e experiências a viver (SOUSA, 2007). Nesse caminhar, vive o constante equilíbrio-desequilíbrio do processo saúde-doença, companhia constante de todos nós.

O Brasil, em decorrência do envelhecimento populacional, está enfrentando rapidamente a substituição das doenças infecciosas e transmissíveis por doenças crônicas e degenerativas (IBGE, 2013).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2014) classifica como doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) as doenças cardiovasculares, o diabetes *mellitus*, as doenças cerebrovasculares, as doenças respiratórias obstrutivas, a asma e as neoplasias. Fazem parte, também, das doenças comuns em nosso meio: o alcoolismo, a dependência química, a tuberculose e a hanseníase. Também não podemos nos esquecer de um grave problema que é a violência de modo geral.

Nesse sentido, os problemas de saúde do adulto tornaram-se ainda mais importantes. Apesar disso, a saúde pública no Brasil tem tradicionalmente priorizado ações voltadas para a criança, a mulher e o idoso, provocando um lapso em relação à assistência ao adulto – o período de vida mais produtivo de uma pessoa (LOTUFO, 1996).

Implantar a **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem** (BRASIL, 2008; COELHO, 2018), alinhada à **Política Nacional de Atenção Básica** (BRASIL, 2017a), com estratégias de promoção de saúde com vistas à redução de agravos e melhoria na qualidade de vida, é um desafio para os profissionais de saúde na Estratégia Saúde da Família.

De acordo com essa política, estudos comparativos entre homens e mulheres têm comprovado o fato de que os homens são mais vulneráveis às enfermidades graves e crônicas e morrem mais precocemente do que as mulheres. A despeito da maior vulnerabilidade e das altas taxas de morbimortalidade, os homens não buscam, como o fazem as mulheres, os serviços de Atenção Primária. Quando precisam, procuram a assistência ambulatorial e hospitalar de média e alta complexidade, o que tem como consequência o agravamento da morbidade, pelo retardamento na atenção, e o alto custo para o sistema de saúde. Muitos agravos poderiam ser evitados se os homens procurassem com regularidade a Unidade Básica de Saúde.

Ressalte-se que, quando o homem é acometido de uma doença crônica, a adesão ao tratamento é menor, porque os esquemas terapêuticos exigem significativo empenho do paciente em mudanças de hábitos de vida.

De modo geral, as causas da baixa adesão são as barreiras socioculturais e as institucionais. Nas variáveis culturais estão os estereótipos de gênero, em que a doença é considerada um sinal de fragilidade que os homens não reconhecem como inerentes à condição biológica. O homem cuida menos de si e se expõe mais às situações de risco.

Uma questão bastante citada pelos homens para a não procura pelos serviços de Atenção Primária está ligada à sua posição de provedor. Alega-se que os períodos de funcionamento dos serviços de saúde coincidem com o horário de trabalho. Certamente, não se pode negar que na preocupação masculina a atividade laboral tem lugar destacado, sobretudo em pessoas de baixa condição social. Ainda que isso possa se constituir em importante barreira, atualmente existem mulheres, de todas as categorias socioeconômicas, que fazem parte da força produtiva, inseridas no mercado de trabalho formal, que nem por isso deixam de procurar os serviços de saúde.

Em relação às barreiras institucionais, é mencionada a dificuldade de acesso aos serviços assistenciais, alegando-se que, para a marcação de consultas, há de se enfrentar filas, o que, muitas vezes, causa a “perda” de um dia inteiro de trabalho, sem que necessariamente tenham suas demandas resolvidas em uma única consulta.

Os profissionais de saúde devem ter conhecimento dessas barreiras e propor estratégias que promovam o acesso dos homens aos serviços de Atenção Primária – porta de entrada e elemento coordenador do Sistema Único de Saúde (SUS) –, a fim de resguardar a prevenção e a promoção como eixos necessários e fundamentais de intervenção (BRASIL, 2008, BRASIL, 2018a).

O aumento da expectativa de vida apresenta novo enfoque sobre o momento em que se deve trabalhar com a prevenção de agravos da saúde e o atendimento que é dado ao adulto na promoção de saúde, prevenção de doenças e na recuperação, visando à qualidade de vida e à velhice saudável.

Mas, quem é o adulto que atendemos na Atenção Primária?

Esse momento é propício à profunda reflexão sobre quem é esse adulto que atendemos na Atenção Primária. Pode ser uma pessoa equilibrada, ponderada, pai/mãe de família, trabalhadora, empregada ou desempregada, ou aquela pessoa que não deu conta de lidar com os revezes da vida e buscou uma via marginal, desprovida do afeto e do acolhimento familiar. Pode ser ainda um homem ou uma mulher com sofrimento mental. Sobretudo, o adulto é aquele que adentrou a Unidade Básica de Saúde porque está precisando ser acolhido na sua dor física ou mental, em seu sofrimento.

Ignorar a existência de um número cada vez mais alto de adultos desiludidos ou resignados com o seu trabalho e com a sua vida familiar é fechar os olhos a uma realidade que leva adolescentes, jovens e os próprios adultos a afirmarem que não querem *ser adultos* e a adotarem postura pessimista em face da adultez (SOUSA, 2007, *on-line*).

Outros desafios para o país são as dificuldades no direcionamento de ações para a promoção e proteção da saúde, que se encontram em mudanças em decorrência dos perfis epidemiológico e demográfico.

As doenças crônicas estão na agenda de prioridades da maioria dos países em desenvolvimento, onde lideram as causas de mortalidade e afetam as condições de vida e saúde da população. No Brasil, a situação não é diferente. As doenças crônicas, entre elas as cardiovasculares e o diabetes *mellitus*, também lideram as causas de mortalidade e morbidade, gerando grandes demandas aos serviços de saúde, apesar de o desenvolvimento tecnológico e científico possibilitar o diagnóstico precoce e antecipar a terapêutica adequada. É do conhecimento de todos os profissionais de saúde que a hipertensão arterial e o diabetes *mellitus* são os principais fatores de risco para as doenças do aparelho circulatório, responsáveis por mais de um milhão de internações por ano no SUS.

Neste sentido, cabe, pois, investir no atendimento ao adulto, considerando as especificidades individuais. Importa refletir sobre os índices de morbidade e mortalidade de doenças passíveis de prevenção e tratáveis para as decisões de elaborar propostas de implantação, reestruturação e organização do serviço de saúde local, locorregional e nacional, objetivando otimizar os recursos da comunidade e do sistema de referência em saúde.

A melhoria das condições de vida do adulto torna-o um ser com possibilidade de viver por mais anos, remetendo-o à revolução das necessidades, do incremento do consumo, da informação, da promoção do lazer, do rejuvenescimento e do hedonismo (SOUSA, 2007).

Dado que o processo de trabalho da equipe de Saúde da Família na Atenção Primária implica uma práxis que leva em conta a pessoa, a família e a comunidade, nada mais coerente do que abordar o ser adulto em uma perspectiva que possibilite a compreensão mais abrangente dessa fase do ciclo de vida humana.

Refletir sobre a adultez, suas transições e transformações, as diferentes etapas da fase adulta, os estágios de desenvolvimento psicossocial dessa fase, o ciclo de vida do adulto no contexto da família e sobre as consequências da enfermidade para o adulto e a família, certamente, possibilita ao profissional uma abordagem mais humana, acolhedora e compreensiva do cuidar em saúde.

Após o estudo deste curso, espera-se que você possa desenvolver habilidades e atitudes que lhe possibilitem compreensão mais abrangente, integradora e instrumentalizadora em torno do cuidado dispensado à saúde do adulto.

As unidades deste curso buscam fortalecer a sua atuação no cenário que envolve seu fazer técnico específico, qual seja, em sua prática cotidiana, envolvendo ações de promoção, proteção, prevenção, cura e reabilitação no tocante à saúde do adulto.

Cada uma das unidades, com apresentação de casos, buscará tratar de temas e questões que contribuam com o seu empenho na organização e até na reorganização do processo de trabalho, seja no contexto individual, seja no coletivo. Propositadamente, evitaram-se vocábulos como indivíduo, usuário, segurado, paciente, etc., frequentemente utilizados na gestão e na atenção no âmbito dos sistemas de saúde. Sempre que possível, os adultos são tratados pela palavra “pessoa”, que pretende significar muito mais que indivíduo, usuário ou paciente. Esta última palavra só será empregada em algumas situações, em que o termo parecer mais adequado ou em citações.

A nota de revisão técnica incluída em Stewart, 2010, reforça esse propósito:

N. de R.T.: Especialmente na atenção primária à saúde, temos substituído o vocábulo “paciente” por “pessoa”, pois a utilização do termo “paciente”, em sua própria definição, retira os aspectos volitivos e a autonomia daqueles que buscam ajuda para seus problemas de saúde, determinando um comportamento passivo. O uso do termo “paciente” está mais de acordo com outros cenários do sistema de cuidados à saúde (p. ex., hospitalar), nos quais a pessoa fica submetida às regras e normas daquele ambiente. O termo “pessoa” lembra aos profissionais de saúde e ao sistema que a autonomia e a participação de quem é cuidado são fundamentais para o sucesso do manejo. Por fim, o uso do termo “pessoa” vai ao encontro do segundo componente do método proposto pela autora (entendendo pessoa como um todo), no qual reforça a necessidade de um entendimento integral e uma participação efetiva da pessoa-que-busca-ajuda no cuidado à saúde (N. de R.T. STEWART, 2010, p. 21).

Com a “pessoa”, que procura o cuidado para sua saúde, os profissionais de saúde estabelecem vínculos profundos, contínuos e ao longo de toda sua vida, com o que garantem a integralidade de atenção, mesmo quando essa pessoa é orientada a buscar ocasional ou permanentemente outros pontos ou níveis da Rede de Atenção.

Por isso, as implicações dessa forma de tratamento são focadas, de modo especial, na primeira unidade do curso – Método clínico centrado na pessoa.

Na **Unidade 1 – Método clínico centrado na pessoa**, delineiam-se as diferenças da abordagem do profissional de saúde no método clínico centrado na doença e naquele centrado na pessoa, e marcadas em um exemplo de atendimento nas duas formas. São descritas as características e vantagens deste último.

Na **Unidade 2 – Quero fazer um *check-up*** –, buscou-se introduzir uma concepção de avaliação periódica de saúde, procurando incorporá-la no cotidiano das equipes a partir do aconselhamento, do rastreamento, da imunização e da quimioprevenção. São discutidas, em linhas gerais, as bases para o desenvolvimento das atividades essenciais relacionadas ao desenvolvimento do processo de trabalho da equipe.

Na **Unidade 3 – Marina e Célio** –, é apresentada a classificação de risco como importante estratégia de organização da demanda espontânea. Segue-se a apresentação de uma condição clínica aguda, como modelo de enfrentamento e de intervenção por parte da equipe. Ainda nesse caso, são discutidas as principais abordagens a serem levadas a efeito nos casos de oferta, solicitação e orientação em relação à testagem para sífilis e o vírus da imunodeficiência humana (HIV).

Na **Unidade 4 – “Tenho medo de estar com uma doença grave”** –, são abordadas pela equipe condições muito comuns na Atenção Primária: a enxaqueca e a lombalgia – em função das prevalências, pela demanda que impõem ao serviço e pela frequência com que geram absenteísmo –, valendo-se da condução clínica, da observação atenta e da demora permitida, com ênfase especial no método centrado na pessoa.

Na **Unidade 5 – “Já vem Dona Edilene de novo”**, tomando como referência uma condição clínica comum – uma síndrome respiratória viral aguda –, a partir da qual se identifica uma série de atendimentos na Unidade Básica de Saúde, é enfatizada a “hiperutilização” do serviço de saúde, bem como as estratégias pelas quais a equipe pode organizar a atenção a essa demanda.

Na **Unidade 6 – Todo cuidado é pouco** –, o cuidado paliativo é enfatizado como condição que exige da equipe qualificação adequada e da família uma postura cercada de cuidados e de atenção para com o paciente. Nesse caso, a interação paciente-equipe-família é priorizada em todas as atividades, seja na visita domiciliar, seja em qualquer outra instância em que um paciente fora de possibilidade terapêutica recebe cuidados.

Na **Unidade 7 – “Não quero ficar dependente de remédios”** –, são abordados aspectos relacionados à síndrome metabólica envolvendo diagnóstico clínico e laboratorial, tratamento, acompanhamento e prevenção secundária e terciária referentes a uma das condições crônicas mais prevalentes e responsáveis por elevado número de internações, complicações, sequelas e mortes: o diabetes *mellitus*. Esses aspectos são em função da lida dessa doença com uma série de medicações, orientações, rastreamentos, aconselhamentos e ações, envolvendo imunização, quimioprevenção e adesão à terapêutica medicamentosa e nutricional, que é considerada um nó crítico pelos profissionais de saúde.

Na **Unidade 8**, são apresentados textos de aprofundamento conceitual e operacional. A partir de citações inseridas nas seções anteriores, orientou-se para a leitura das seções 1 a 9 desta unidade. Elas tratam de programa de atividade física, programa de alimentação saudável, programa de prevenção e controle do tabagismo, programa de prevenção e controle do uso prejudicial de bebidas alcoólicas, quadro clínico de infecção do trato urinário, hipertensão arterial sistêmica, identificação de fatores de risco cardiovascular e diabetes *mellitus*.

Este curso tem como sujeitos médicos, podendo ser oferecido a outros profissionais da equipe, em suas demandas diárias.

Espera-se que ao final do curso você seja capaz de:

- analisar situações comuns na Atenção à Saúde do Adulto;
- trabalhar com ferramentas clínicas para acompanhar os agravos que afetam a saúde do adulto;
- analisar a situação do serviço para atender às demandas de saúde do adulto.

Bom estudo!